

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**PSIHOMETRIJSKA SVOJSTVA KRATKOG INVENTARA ZDRAVSTVENE
ANKSIOZNOSTI**
Diplomski rad

Ivan Jakovljević
Mentorica: prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2019.

Sažetak

Hipohondrija je poremećaj obilježen strahom od bolesti i visokim stupnjem komorbiditeta s drugim tjelesnim i psihičkim poremećajima. Ekstremna zdravstvena anksioznost, ili hipohondrija, često ostaje neprepoznata u primarnoj zdravstvenoj skrbi stoga velik broj pacijenata ne dolazi u kontakt sa stručnjacima za mentalno zdravlje. Upitnička mjera izraženosti simptoma bi značajno olakšala prepoznavanje osoba koje su u riziku od razvoja poremećaja.

Svrha ovog istraživanja je utvrđivanje psihometrijskih svojstava hrvatske verzije Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti (Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002), upitnika koji je kreiran s ciljem postizanja dobre dijagnostičke valjanosti, posebice u slučajevima diferencijalne dijagnoze unutar anksioznog spektra, vodeći računa o vremenskim ograničenjima unutar kliničke prakse.

Prikupljanje podataka provedeno je *online* anketom, a sudjelovalo je 247 sudionika. Rezultati analize pokazuju da je pouzdanost unutarnje konzistencije upitnika dobra, a koeficijenti diskriminativne valjanosti čestica zadovoljavajući. Upitnik pokazuje dobru kriterijsku valjanost s ostalim relevantnim varijablama poput anksiozne osjetljivosti, alternativnog upitnika zdravstvene anksioznosti, zadovoljstva životom, simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa te kiberohondrije odnosno kompulzivnog pretraživanja zdravstvenih informacija na internetu s pratećim negativnim emocionalnim reakcijama. Dobivena faktorska struktura upitnika replicira prijašnja istraživanja u broju faktora i faktorskim opterećenjima.

Ključne riječi: zdravstvena anksioznost, Kratki inventar zdravstvene anksioznosti, prijevod, pouzdanost, kriterijska valjanost, faktorska struktura

Abstract

Hypochondria is a disorder marked by fear of illness and high level of comorbidity with other bodily and psychological disorders. Extreme health anxiety, also known as hypochondria, often remains unrecognized within primary care therefore significant number of patients never come in contact with mental health specialists. Questionnaire measuring symptom severity could assist identification of persons under risk of developing the disorder.

Goal of this study was to validate the Croatian version of Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002), an instrument created with purpose of achieving good diagnostic validity, especially in cases of differential diagnosis within anxiety spectrum, while taking into account the time constraint of clinical practice.

Data gathering was conducted using online survey on a sample of 247 participants. Results of the analysis show good internal consistency and discriminative(item-total) validity of individual items. Inventory has good convergent validity with other relevant variables such as anxiety sensitivity, alternate measure of health anxiety, satisfaction with life, symptoms of depression, anxiety and stress and lastly cyberohondria or compulsive searching of health related information on the internet. Factor structure that emerged in the exploratory analysis replicates prior findings both in number of significant factors and their respective factor loadings.

Keywords: health anxiety, Short Health Anxiety Inventory, translation, reliability, criterion related validity, factor structure

Sadržaj

Uvod	1
Cilj, problemi i hipoteze istraživanja.....	11
Metoda	12
Rezultati.....	17
Rasprava	24
Zaključak	30
Literatura:	31
Prilog 1:	35
Prilog 2:	36
Prilog 3:	39
Prilog 4:	43
Prilog 5:	44
Prilog 6:	45

Uvod

Zdravstvena anksioznost je stanje izrazite zabrinutosti da osoba boluje ili bi mogla oboljeti od teške bolesti. Strah može doseći razinu intenziteta koja ometa svakodnevno funkcioniranje te navodi na iracionalno korištenje zdravstvenih usluga. Zdravstvena anksioznost se najčešće koristi kao sinonim za hipohondriju što je termin s bogatom poviješću i jedna od kontroverznijih psihijatrijskih dijagnoza koja trenutno prolazi kroz fazu promjene svog nosološkog statusa i dijagnostičkih kriterija. Zdravstvena anksioznost može se javiti kao reakcija na stvarnu bolest, ali ako je sumnja na bolest otklonjena, a strah perzistira tada je riječ o hipohondriji. Iako je broj zdravstveno anksioznih osoba u populaciji relativno malen, njihov udio u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je znatno veći od očekivanog (Axelsson, 2018). Osim toga zdravstvena anksioznost se često javlja u komorbiditetu s depresivnim, anksioznim i opsesivno kompulzivnim poremećajima (American Psychiatric Association, 2000) stoga je relativno česta u kliničkoj populaciji. Njeno razumijevanje je važno za poboljšanje kvalitete života pojedinaca, ali i racionalizaciju zdravstvenog sustava.

Povijesni pregled koncepta

Riječ hipohondrija dolazi iz razdoblja humoralne teorije bolesti kada se vjerovalo da mentalni poremećaji imaju uzrok u tijelu odnosno nastaju kao posljedica neravnoteže tjelesnih tekućina. *Hypo khondros* na grčkom znači ispod hrskavice (koja spaja rebra i prsnu kost) i to je prvotno bio anatomski termin za područje abdomena, a ne naziv za bolest. Liječnici u antičko vrijeme abdomen nisu vidjeli kao jedinstvenu cjelinu već su ga podijelili u određene anatomske dijelove poput lijevog ili desnog *hypokhondrosa*. Naziv za čitav abdomen je stoga *hypokhondria* tj. množina riječi *hypokhondros*. Kao i kod većine ostalih psihičkih poremećaja, shvaćanje da je hipohondrija uzrokovana tjelesnim poremećajem trajalo je od antike sve do 19. stoljeća kada značenje hipohondrije postaje ograničeno na morbidnu preokupaciju zamišljenom bolešću te više ne uključuje niti tjelesne smetnje niti širok spektar ostalih depresivno-anksioznih simptoma koji su tijekom prethodnih razdoblja smatrani ključnim sastavnicama hipohondrije.

Istaknuti rimski liječnik i filozof Galen iz Pergama pokušao je sistematizirati različite oblike psihičkih smetnji te je uveo termin hipohondrija i melankolija. S obzirom da je abdomen po humoralnoj medicini sjedište crne žuči Galen je prema toj logici povezao probleme s probavom i bolovima u abdomenu s melankolijom i strahom od bolesti (Shepherd i Zangwill, 1983). U kasnijim stoljećima liječnici obogaćuju kliničku sliku hipohondrijskog poremećaja te dodaju niz psiholoških simptoma koji se tiču preokupiranosti bolešću, neobjašnjivih napada anksioznosti i noćnih mora. Širenjem postupka obdukcije liječnici onog vremena počinju uviđati da nema dokaza o postojanju tjelesnih humora te uzrok hipohondrije posljedično pripisuju poremećaju abdominalnih organa. Primjerice, Thomas Culpepper (1652; prema Hurst, 1928) u svom djelu „English Physician” tvrdi da hipohondrija proizlazi iz poremećaja jetre i slezene. Tijekom 17. i 18. stoljeća u Velikoj Britaniji smatrano je da uzrok hipohondrije leži prvenstveno u civilizacijskim pritiscima koji dovode do psiholoških simptoma melankolичnosti, a potom do poremećaja abdominalnih organa. Zbog ideje da se radi o bolesti uzrokovanoj novim načinom života, prvenstveno sjedilačkim stilom života i gusto naseljenim gradovima te ostalim promjenama do kojih je došlo u Velikoj Britaniji uslijed naglog ekonomskog razvoja, hipohondrija i melankolija tijekom prosvjetiteljstva postaju znak civiliziranosti pa su ih Englezi čak ponosno zvali Engleska bolest nakon što je George Cheyne u svom djelu *The English Malady* opisao da ona zahvaća trećinu britanskog stanovništva (Shepherd i Zangwill, 1983). Zbog pogrešne pretpostavke o etiologiji mnogi liječnici su kroz povijest u kategoriju hipohondrije svrstavali raznorazne poremećaje koji se vežu uz melankoliju i probavne smetnje, a za koje danas znamo da pripadaju u odvojene dijagnostičke kategorije (Berrios, 2001). Humoralno objašnjenje uzroka u većini zemalja ostalo je relativno nepromijenjeno sve do 19. stoljeća kada Rudolf Virchow objavljuje teoriju stanične patologije. Zbog velikog broja različitih simptoma koji su smatrani indikativnima za hipohondriju, ona je u 18. stoljeću postala jedna od najučestalijih dijagnoza. Krajem 18. stoljeća interes za hipohondriju počinje jenjavati zato što potraga za organskim uzrokom bolesti nije polučila rezultate. George Miller Beard 1880. uvodi koncept neurastenije s idejom da je ona neurološki poremećaj, a hipohondrija samo afektivno-ponašajni simptom tog poremećaja. Ovime pretpostavljeni uzrok hipohondrije nakon dugog niza godina prestaje biti poremećaj u abdomenu te tu ulogu uzima živčani sustav tj. poremećaj zvan neurastenija.

Neurastenija jest hipotetska bolest živčanog sustava koja ima organski, ali nevidljivi uzrok. Bolest je hipotetska iz razloga što njena definicija počiva na kružnoj logici – živci upravljaju ponašanjem, stoga hipohondrija kao poremećaj ponašanja mora biti rezultat poremećaja živaca. Ova promjena paradigme je važna iz razloga što se na hipohondriju prestaje gledati kao na poremećaj organa i ona počinje dobivati značenje psihološkog poremećaja koji je karakteriziran pretjeranim strahom od bolesti.

U dvadesetom stoljeću odustaje se od koncepta neurastenije, a značenje hipohondrije ostaje ograničeno na psihološke simptome straha. Pitanje uzroka hipohondrije je i dalje ostalo neriješeno stoga je ona u DSM-II klasificirana kao hipokondrijakalna neuroza što praktički znači poremećaj bez organskog uzroka. U psihijatrijskim klasifikacijama, DSM-III i MKB-9, uvodi se termin hipohondrija pod kategorijom somatoformnih poremećaja. Hipohondrija postaje jedan od kontroverznijih psihijatrijskih poremećaja zbog svoje heterogenosti i upitnog nosološkog statusa. Dolazi do rasprave između stručnjaka radi li se o odvojenom psihijatrijskom entitetu ili samo skupu simptoma koji se mogu javiti u različitim bolestima. Zbog svoje heterogenosti koncept je u DSM-5 razlomljen u poremećaj straha od bolesti (Illness Anxiety Disorder - IAD) i poremećaj somatskih simptoma (Somatic Symptom Disorder - SSD). Revizija službenih klasifikacija bolesti nije razriješila točku prijepora radi li se uistinu o anksioznom poremećaju ili poremećaju koji spada pod opsesivno kompulzivni spektar. ICD-11 za razliku od DSM-5 hipohondriju svrstava u spektar opsesivno kompulzivnih poremećaja što odražava nedostatak konsenzusa oko prirode bolesti.

Moderno poimanje hipohondrije

Osnovno obilježje hipohondrije jest zdravstvena zabrinutost odnosno opsesivna ideja da pojedinac ima ili će oboliti od teške bolesti koja se temelji na krivoj interpretaciji tjelesnih simptoma (Abramowitz, Olatunji i Deacon, 2007). Osoba kompulzivno pregledava medicinske informacije i traži liječničke preglede, ali paradoksalno odbacuje mišljenje liječnika (Xiong, Bourgeois, Chang, Liu i Hilty, 2007). Nužan uvjet za dobivanje dijagnoze jest da hipohondrijska vjerovanja perzistiraju unatoč liječničkom razuvjeravanju. U nekim slučajevima osoba može biti opsjednuta idejom da je bolesna bez pratećih tjelesnih simptoma. Zbog tog razloga DSM-5 je

podijelio hipohondriju na poremećaj straha od bolesti (illness anxiety disorder - IAD) i poremećaj somatskih simptoma (somatic symptom disorder - SSD). Prva kategorija obuhvaća pojedince koji imaju uvjerenje da su bolesni ili će razviti bolest, a nemaju prateće tjelesne simptome dok druga kategorija obuhvaća one kod kojih je strah praćen tjelesnim simptomima. Od pacijenata s dijagnozom hipohondrije otprilike 75% njih bi dobilo dijagnozu poremećaja somatskih simptoma, a 25% poremećaj straha od bolesti (Starčević, 2014). Iako su IAD i SSD nastali kao odgovor na heterogenost hipohondrije, ni oni nisu bez svojih problema (Starčević, 2014); primjerice samo 36% osoba s dijagnozom IAD ujedno zadovoljava i prijašnju dijagnozu hipohondrije (Newby, Hobbs, Mahoney, Wong i Andrews, 2017). Zdravstvena zabrinutost često se javlja u depresivnim i anksioznim poremećajima, a može se javiti i u sumanutom poremećaju (American Psychiatric Association, 2000). Navedeni poremećaji imaju primat u postavljanju dijagnoze stoga se dijagnoza hipohondrije postavlja samo onda kada pacijent ima perzistentnu zdravstvenu zabrinutost koja stvara psihološku nelagodu bez pratećih kriterija za depresivni, anksiozni ili sumanutu poremećaj (American Psychiatric Association, 2000).

Odnos zdravstvene anksioznosti i hipohondrije

Zdravstvena anksioznost i hipohondrija se često koriste kao sinonimi, ali njihova točna značenja ovise o kontekstu. Hipohondrija je tradicionalni termin, a zdravstvena anksioznost i ekstremna zdravstvena anksioznost su noviji termini koje preferiraju mnogi istraživači i kliničari kako bi: a) umanjili stigmatu, b) naglasili sličnosti s drugim psihijatrijskim poremećajima te c) naglasili kako se radi o dimenzionalnom fenomenu koji varira po svom intenzitetu (Axelsson, 2018). Zdravstvenu anksioznost ne treba poistovjećivati s poremećajem straha od bolesti (IAD) niti poremećajem somatskih simptoma (SSD) već se radi o simptomu koji je prisutan u oba poremećaja kao emocionalna komponenta koja se odnosi na brigu i strepnju u vezi vlastitog zdravlja. Prednost korištenja termina zdravstvena anksioznost u odnosu na hipohondriju jest što se time ne isključuje postojanje organske bolesti. Mnoge osobe s hipohondrijom ne surađuju s psihoterapeutom i ne žele uzimati psihofarmake upravo iz razloga što smatraju da se njihov tjelesni problem zanemaruje kada ih se etiketira kao hipohondre. S druge strane termin hipohondrija može biti koristan termin kada želimo razlikovati

ekstremnu zdravstvenu zabrinutost koja je 'opravdana' tj. uzrokovana ekstremnim tjelesnim simptomima koji zahtijevaju hitan odlazak liječniku od ekstremne zdravstvene zabrinutosti koja je nastala kao reakcija na normalne tjelesne varijacije (npr. povremene glavobolje).

Dimenzionalnost zdravstvene anksioznosti

Određena razina zdravstvene anksioznosti može biti važna za odgovarajuću skrb o vlastitom zdravlju stoga ona nije patološki fenomen ukoliko je zadržana unutar određenih granica. Tjelesna dobrobit je ključna za preživljavanje stoga je normalno da većina ljudi s vremena na vrijeme ima misli i brige koje su usmjerene na vlastito zdravlje kako bi se pobrinuli za simptome i isključili mogućnost postojanja ozbiljne bolesti (Abramowitz, Olatunji i Deacon, 2007). Zdravstvena anksioznost postaje patološkom kada povremene tjelesne varijacije poput glavobolje ili slabosti uzrokuju intenzitet straha koji je nesrazmjerno velik u odnosu na simptome te perzistira unatoč liječnikovom razuvjeravanju. Hipohondriju stoga možemo konceptualizirati kao ekstremno visoku razinu zdravstvene anksioznosti koja nije primjerena tjelesnim simptomima ukoliko su oni uopće i prisutni. Strah nije samo posljedica poremećaja već i jedan od uzroka zato što potiče pretjerano usmjeravanje na tjelesne osjete što zbog djelovanja selektivne pažnje naizgled potvrđuje njihovu katastrofičnu interpretaciju (Warwick i Salkovskis, 1990). Xiong i sur. (2007) predlažu testiranje realnosti kao još jednu korisnu dimenziju u razlikovanju patološke i normalne zdravstvene anksioznosti. Primjer prolazne zdravstvene anksioznosti jest osoba koja posumnja da ima tumor i obavi medicinsko testiranje koje otkloni njene strahove. U slučaju hipohondrije to osobi neće biti dovoljno i ona će nastaviti imati uvjerenje da boluje unatoč medicinskom razuvjeravanju. Zbog toga na hipohondriju možemo gledati kao na strah od bolesti u kojem je testiranje realiteta narušeno i koji je stoga otporan na razuvjeravanje. Testiranje realiteta kao kriterij olakšava i diferencijalnu dijagnozu poremećaja raspoloženja (ukoliko je testiranje realiteta dobro i osoba nije otporna na razuvjeravanje) ili sumanutog poremećaja pa čak i tjelesno dismorfnog poremećaja (ukoliko je testiranje realiteta izrazito loše).

Prevalencija

Točna prevalencija ovisi o strogosti kriterija za uključivanje. U svom pregledu istraživanja Axelsson (2018) navodi da prevalencija zdravstvene anksioznosti u općoj populaciji iznosi oko 6.4 do 8.3%. Dodavanjem kriterija da anksioznost mora trajati bar 6 mjeseci prevalencija pada na 3.4%. Daljnjim dodavanjem kriterija da psihološka nelagoda (engl. distress) mora biti klinički značajna, tj. da ometa svakodnevno funkcioniranje i pacijent traži pomoć, a sumnja na diferencijalnu dijagnozu uklonjena, prevalencija pada na 0.1 do 0.6%. Ovo predstavlja najrestriktivniju operacionalizaciju hipohondrije koja je prisutna u DSM-IV i MKB-10. Međutim ako pažnju usmjerimo s opće populacije na onu u zdravstvenoj skrbi dobivamo da je prevalencija značajno veća. Primjerice prema britanskim procjenama 17 do 24% pacijenata u zdravstvenoj skrbi ima ekstremnu zdravstvenu anksioznost (Axelsson, 2018).

Povezani psihološki konstrukti

Tijekom proteklih desetljeća izniknule su brojne teorije s ciljem povezivanja zdravstvene anksioznosti sa specifičnim psihološkim konstruktima poput anksiozne osjetljivosti, tolerancije na neizvjesnost ili bazičnim vjerovanjima (Melli, Bailey, Carraresi i Poli, 2018). Iako postoji duga povijest motivacijskih i psihodinamskih teorija hipohondrije, većina novijih modela stavlja naglasak na kognitivne i perceptivne faktore (Marcus, Gurley, Marchi i Bauer, 2007). Kognitivno bihevioralni pristup pokazao se posebice uspješan u liječenju stoga većina modernih istraživačkih koncepata proizlazi upravo iz te paradigme. Salkovskis i Warwick (1990) razvili su utjecajni model zdravstvene anksioznosti temeljen na prijašnjim teorijama paničnog poremećaja koji u velikoj mjeri dijeli simptomatiku s hipohondrijom. Prema tom modelu uzrok hipohondrije su naučena vjerovanja koja dovode do pogrešnih procjena opasnosti određenih tjelesnih simptoma. Vjerovanja mogu biti latentna sve dok ih ne aktiviraju određeni događaji poput dolaska u kontakt s informacijama o bolesti, gubitak voljene osobe ili pojava tjelesnih simptoma koji su često normalan dio varijacije u funkcioniranju vitalnih funkcija (Marcus, Gurley, Marchi i Bauer, 2007). Nakon što su vjerovanja o bolesti aktivirana, usmjeravanje pažnje na tjelesne osjete i odlasci liječniku ili pretraživanje interneta služe kao ponašanja koja privremeno umanjuju anksioznost, ali ju u konačnici i održavaju jer ne omogućuju opovrgavanje pogrešnih pretpostavki

tako da osoba uvidi da joj neće biti ništa ako se prestane brinuti, usmjeravati pozornost na vlastito tijelo ili stalni ići na medicinske preglede.

Barsky (2001) ima slično objašnjenje održavanja hipohondrije. On uvodi termin *somatosenzornog pojačavanja* prema kojem hipohondri ulaze u sustav pozitivne povratne sprege zbog svoje povećane osjetljivosti na tjelesne osjete. Začarani krug započinje time što neobjašnjeni tjelesni osjeti dovode do stresa zbog katastrofičnih interpretacija. Stres uzrokuje daljnju somatizaciju koja naizgled potvrđuje prethodne katastrofične interpretacije.

Anksiozna osjetljivost

Fenomenološko preklapanje simptoma hipohondrije i anksioznih poremećaja dovelo je do njene rekonceptualizacije iz somatoformnog u anksiozni poremećaj. Unutar te nove paradigme nastali su novi kognitivno-bihevioralni modeli za objašnjenje hipohondrije koja je prije toga prvenstveno smatrana somatoformnim poremećajem nedostupnim tretmanu i prvenstveno uzrokovana nekim drugim primarnim poremećajem s kojim je u komorbiditetu. Upravo sličnost ekstremne zdravstvene anksioznosti i paničnog poremećaja dovela je do potrage za mogućim uzročnikom hipohondrije u obliku neke vrste kognitivne ranjivosti koja predstavlja rizični čimbenik za oba poremećaja.

Istraživači su navedenu kognitivnu ranjivost pronašli i definirali kao anksioznu osjetljivost tj. strah od simptoma koji prvotno nastaju kao prirodna reakcija na stresan događaj. U pozadini tog straha leži vjerovanje da ti simptomi imaju štetne tjelesne, psihološke ili socijalne posljedice (Reiss, 1987). Istraživanja pokazuju da je anksiozna osjetljivost značajan rizičan čimbenik za razvoj paničnog poremećaja, ali i zdravstvene anksioznosti (Olatunji, Wolitzky-Taylor, Elwood, Connolly, Gonzales i Armstrong, 2008). Anksiozna osjetljivost je dimenzionalni konstrukt koji se sastoji od tri povezana faktora: brige o značenju simptoma anksioznosti za tjelesno zdravlje, brige da simptomi anksioznosti znače gubitak razuma i samokontrole te brige da će simptomi anksioznosti dovesti do negativnog vrednovanja od strane promatrača (Zinbarg, Barlow i Brown, 1997).

Anksiozna osjetljivost je dakle kognitivna osobina koja djeluje kao predispozicija za razvoj anksioznih poremećaja (Reiss, 1987). Ona djeluje kao pojačivač stresa te je po tome konceptualno slična somatosenzornom pojačavanju. Temeljni element u oba koncepta jest katastrofična interpretacija simptoma anksioznosti.

Zdravstvena anksioznost i digitalno okruženje

U novije vrijeme pretraživanje informacija na internetu predstavlja jedan od glavnih načina na koji zdravstveno anksiozne osobe pokušavaju umanjiti svoj strah (Lagoe i Atkin, 2015). Kiberohondrija je relativno novi koncept koji se tiče kompulzivnog pretraživanja interneta i negativnog afekta koji nastaje kao rezultat tog pretraživanja nakon što se osoba ne uspije razuvjeriti da ima bolest. Opovrgavanje zdravstvenih strahova putem internetskog pretraživanja najčešće ne uspijeva jer osoba selektivno interpretira medicinske informacije što u njenom umu služi kao dokaz da uistinu boluje od zamišljene bolesti što stvara dodatnu anksioznost i dodatnu motivaciju za pretraživanjem interneta čime se zatvara kiberohondrijski krug. Kiberohondrija, pored smanjene subjektivne dobrobiti, predstavlja ishod djelovanja zdravstvene anksioznosti koji može poslužiti za validaciju Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti.

Zdravstvena anksioznost i kvaliteta života

Kriterij gotovo svake psihijatrijske dijagnoze jest osobna patnja stoga je očekivano da će osobe s izraženom zdravstvenom anksioznošću javljati manji stupanj dobrobiti. Ovaj konstrukt ima dva aspekta: emocionalne reakcije i kognitivne procjene (Arrindell, Meeuwesen i Huyse, 1991). Emocionalne reakcije moguće je zahvatiti upitnicima koji mjere simptome anksioznosti, depresivnosti i stresa. Kognitivni aspekt subjektivne dobrobiti jest zadovoljstvo životom tj. usporedba trenutnog životnog stanja s nekim osobnim standardom. Iako osobni standardi mogu imati značajan stupanj interpersonalnog variranja, očekivano je da će u prosjeku osobe s zdravstvenom anksioznošću postizati manji rezultat na skalama zadovoljstva životom.

Važnost upitničkih mjera zdravstvene anksioznosti

Hipohondrija kao poremećaj je specifičan po tome što pacijenti najčešće nemaju uvid u svoje stanje. Inzistiraju da je njihova zamišljena bolest stvarna te često odbijaju psihološku pomoć. S druge strane liječnici opće prakse često ne prepoznaju simptome hipohondrije što dovodi do toga da većina pacijenata nastavlja nepotrebno raditi pretrage i nikada ne dospiju do psihijatra ili kliničkog psihologa (Kirmayer, Robbins, Dworkind i Yaffe, 1993; Fink, 1992; Fink, 1993; prema Fink, Ewald, Jensen, Sørensen, Engberg, Holm i Munk-Jørgensen, 1999). Zbog tog razloga razvoj psihološkog instrumenta za detekciju hipohondrije može biti od velike koristi za dobrobit pacijenata kroz smanjenje njihove psihološke nelagode, ali i zdravstveni sustav kroz smanjenje nepotrebnog korištenja zdravstvenih usluga.

Među prvim upitnicima zdravstvene anksioznosti nalaze se Skala stavova prema bolesti (Illness Attitudes Scale; Kellner, 1986), Upitnik ponašanja u bolesti (Illness Behavior Questionnaire; Pilowsky i sur., 1984), Whiteley-ev Indeks Hipohondrije (Pilowsky, 1967) i Minnesota multifazični inventar ličnosti (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Butcher i sur., 1989). Skala hipohondrije u MMPI sadržavala je čestice nepovezane sa strahom od bolesti i somatizacijom dok novija verzija sadrži samo somatizacijske simptome bez hipohondrijskih strahova i uvjerenja (Rabiei, Kalantari, Asgari i Bahrami, 2013).

Jedan od najkorištenijih upitnika zdravstvene anksioznosti u kliničkim i ne-kliničkim uvjetima jest Short Health Anxiety Inventory (SHAI; Salkovskis i sur., 2002) te se može koristiti neovisno o kliničkom intervjuu (Poel, Hartmann, Baumgartner i Tanis, 2017). Autori tvrde da je specifičnost upitnika njegova mogućnost razlikovanja zdravstvene anksioznosti od ostalih anksioznih poremećaja. SHAI namjerno izbjegava pitanja o tjelesnom zdravlju poput "Vjerujem da sam bolestan" zato što bi time pored hipohondara bili zahvaćeni i stvarni bolesnici (Salkovskis i sur., 2002), a jedna od ključnih uloga testa za probiranje (screening) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti jest razlikovanje tih dviju kategorija.

Faktorska struktura upitnika

Primarni cilj ovog istraživanja jest procijeniti valjanost hrvatskog prijevoda Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti što uključuje procjenu korelacije upitničke mjere zdravstvene anksioznosti s kriterijskim varijablama odabranim na temelju teorije. Kriterijska valjanost provjerava valjanost prijevoda na razini ukupnog bruto rezultata upitnika, međutim faktorska struktura to radi na razini individualnih čestica. Ukoliko su čestice dobro prevedene tada je za očekivati da će faktorska struktura biti replicirana. Izostanak očekivane faktorske strukture može značiti da čestice aktiviraju druge psihološke procese, odnosno da ih sudionici interpretiraju na način drugačiji od onog kojeg je zamislio autor upitnika. Faktorska struktura Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti mnogo je puta istraživana, ali nalazi nisu uvijek konzistentni (Poel, Hartmann, Baumgartner i Tanis, 2017).

Kratki inventar zdravstvene anksioznosti (Short Health Anxiety Inventory - SHAI) je skraćena verzija upitnika Health Anxiety Inventory koji ima 64 čestice. 14 čestica je izabrano na temelju najveće diskriminativne valjanosti te su pridodane još 4 čestice koje se odnose na procijenjenu težinu posljedica bolesti. Salkovskis je u svom validacijskom istraživanju upitnika dobio dvije značajne glavne komponente (Salkovskis i sur., 2002). Prva glavna komponenta dominantno saturira prvih 14 čestica, a druga komponenta zadnje 4 čestice. Skupine drugih istraživača potvrdile su ovakvu dvofaktorsku strukturu upitnika (Abramowitz, Deacon i Valentiner, 2007; Wheaton, Berman, Franklin i Abramowitz, 2010; Wheaton, Berman i Abramowitz, 2010; Zhang, Liu, Li, Mao i Yuan, 2015). Neka istraživanja su pronašla trofaktorsko rješenje (Abramowitz, Deacon i Valentiner, 2007; Abramowitz, Olatunji i Deacon, 2007; Morales i sur., 2015; Olatunji, 2009; prema Poel, Hartmann, Baumgartner i Tanis, 2017) pri čemu je faktor vjerojatnost bolesti (14) podijeljen na vjerojatnost bolesti (10) i usmjerenost na tjelesne osjete (4). Međutim, trofaktorsko rješenje u većini konfirmatornih faktorskih analiza nije imalo značajno bolje pristajanje stoga je zbog načela parsimonije dvofaktorsko rješenje preferabilnije (Alberts, Hadjistavropoulos, Jones i Sharpe, 2013).

Cilj, problemi i hipoteze istraživanja

Cilj istraživanja jest provjeriti psihometrijska svojstva hrvatskog prijevoda Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti (Short Health Anxiety Inventory; SHAI).

U skladu s navedenim ciljem postavljena su tri istraživačka problema, a na temelju dosadašnjih podataka su postavljene hipoteze istraživanja:

1. Ispitati kriterijsku valjanost tj. povezanost Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti s relevantnim kriterijskim varijablama poput anksiozne osjetljivosti, zadovoljstva životom, psihopatoloških simptoma, kiberohondrije te alternativne upitničke mjere zdravstvene anksioznosti.

H1: Osobe s višim rezultatom na Kratkom inventaru zdravstvene anksioznosti (SHAI) također će imati viši rezultat na upitniku anksiozne osjetljivost (ASI-3), alternativnoj mjeri zdravstvene anksioznosti (HAQ), skali depresivnosti, stresa i anksioznosti (DASS-21), skali kiberohondrije (SCS), a manji rezultat na skali procjene zadovoljstva životom (SWLS).

2. Ispitati diskriminativnu valjanost individualnih upitničkih čestica Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti.

H2: Koeficijenti diskriminativne valjanosti upitničkih čestica iznosit će barem .35..

3. Utvrditi faktorsku strukturu Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti odnosno ekvivalentnost faktorske strukture prijevoda i originala na engleskom jeziku.

H3: Upitnik će imati dva značajna faktora pri čemu će prvi faktor dominantno saturirati prvih 14 čestica, a drugi faktor zadnje 4 čestice Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti.

Metoda

Sudionici

Internetskoj anketi je pristupilo 298 ispitanika u razdoblju od rujna do listopada 2018. godine. Od toga 247 je u potpunosti odgovorilo na sva pitanja, a 51 ispitanik je izostavljen iz obrade. Prosječna dob ispitanika iznosi 38.9 godina ($SD=13.89$), a raspon dobi se kreće od 18 do 71 godine. Ostale demografske varijable nalaze se u tablici 1.

Tablica 1
Sociodemografske varijable i zdravstveni status sudionika istraživanja ($N = 247$)

Demografska varijabla	Oznaka	Apsolutna vrijednost (frekvencija)
Spol	M	39 (15.8%)
	Ž	208 (84.2%)
Obrazovanje	Srednja škola	51 (20.6%)
	Prvostupnik/ca	15 (6.1%)
	Viša stručna sprema	28 (11.3%)
	Visoka stručna sprema	89 (36%)
	Doktorat / specijalizacija	64 (25.9%)
Partnerski status	U vezi	61 (24.7%)
	Nije u vezi	54 (21.8%)
	U braku	115 (46.6%)
	Udovac / udovica	4 (1.6%)
	Rastavljen/a	13 (5.3%)
Zaposlenje	Student	47 (19%)
	Zaposlen	165 (66.8%)
	Nezaposlen	13 (5.3%)
	Drugo	5 (2.0%)
	Mirovina	15 (6.1%)
	Učenik	2 (0.8%)
Ima kronična bolest	Da	68 (27.5%)
	Ne	179 (72.5%)
Ima psihički poremećaj	Da	22 (8.9%)
	Ne	225 (91.1%)
Radi u zdravstvenom sektoru	Da	151 (61.1%)

Ne	96 (38.9%)
----	--------------

Uzorak odstupa od opće populacije po tome što su većina ispitanika žene te je visok udio zdravstvenih radnika i osoba s visokom stručnom spremom ili doktoratom.

Instrumenti

Provedeno istraživanje dio je većeg projekta, stoga će u nastavku biti navedeni i objašnjeni samo oni mjerni instrumenti koji su relevantni za potrebe izrade ovog diplomskog rada.

Od sudionika su prikupljeni osnovni socio-demografski podaci (spol, dob, razina obrazovanja, partnerski status i status zaposlenja). Uz to su postavljena i pitanja radi li sudionik u zdravstvenom sektoru, boluje li od kronične bolesti te ima li psihički poremećaj. Osim demografskih podataka, sudionici su ispunili 6 upitnika. Ispunjavanje upitnika nije bilo vremenski ograničeno, a u prosjeku je trajalo 15 minuta.

Kratki inventar zdravstvene anksioznosti (Short Health Anxiety Inventory; SHAI; Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002) je upitnik koji nastoji procijeniti razinu zdravstvene anksioznosti bez postavljanja pitanja o zdravstvenom statusu. Time se želi izbjeći pogreška uključivanja pacijenata sa stvarnim tegobama u grupu zdravstveno anksioznih (Salkovskis et al., 2002). Upitnik uključuje 14 čestica čiji se sadržaj odnosi na brigu o zdravlju ("Nisam zabrinut oko svog zdravlja"), osjetljivost na osjete i promjene u tijelu ("Primjećujem bolove u svom tijelu više od većine ljudi moje dobi") te 4 čestice koje se odnose na očekivanu težinu posljedica bolesti ("Teška bolest bi pokvarila samo neke aspekte mog života"). Svaka čestica ima 4 pridružene tvrdnje koje pri bodovanju predstavljaju vrijednosti od 0 do 3. Istraživanja pokazuju da SHAI ima dobru pouzdanost i valjanost u kliničkim i ne-kliničkim uzorcima (Abramowitz, Deacon i Valentiner, 2007 ; Salkovskis et al., 2002). Analiza pouzdanosti upitnika pokazala je zadovoljavajuć rezultat (Cronbachov $\alpha = .87$ za subskalu vjerojatnosti bolesti; Cronbachov $\alpha = .8$ za subskalu težine posljedica bolesti).

Prijevod upitnika je napravljen tako što su angažirane tri osobe koje dobro znaju engleski jezik. Jedan od problema u prijevodu psiholoških instrumenata jest situacija u kojoj riječ ili fraza imaju više podjednako privlačnih prijevoda, a njihov odabir može imati različite posljedice po valjanost upitnika (van Widenfelt, Treffers, de Beurs, Siebelink i Koudijs, 2005). Samostalno napravljeni prijevodi nisu se razilazili što je pokazatelj da je ovakva poteškoća u prijevodu izbjegnuta. U sljedećem koraku prijevodi su integrirani u verziju koja je korištena u fokusnoj grupi. Cilj prijevoda nije samo postići semantičku već i iskustvenu ekvivalentnost (van Widenfelt, Treffers, de Beurs, Siebelink i Koudijs, 2005). Fokusna grupa je provedena kako bi se provjerila jasnoća pitanja i način na koji se ona intepretiraju. Sudionicima je u uvodnom razgovoru dana informacija da je njihov zadatak označiti pitanja koja im se čine nejasna, nerelevantna ili na bilo koji drugi način neobična. Voditelji fokusne grupe su sa sudionicima prokomentirali svako individualno pitanje tražeći od njih da opišu kako su ga razumjeli i na temelju čega su formirali svoj odgovor. Fokusna grupa sastojala se od 6 sudionika i 2 voditelja. Sudionici su bili pacijenti regrutirani na psihijatrijskoj klinici te nitko od njih nije imao narušene kognitivne sposobnosti.

Nakon fokusne grupe određene čestice su izmijenjene. U 2. čestici koja se tiče primjećivanja bolova dodatno je specificirano da se odnosi na primjećivanje bolova u vlastitom tijelu. U 4. čestici uklonjena je dvostruka negacija "Nikada mi nije problem oduprijeti se mislima o bolest" u "Nije mi problem oduprijeti se mislima o bolesti". U 11. čestici nije bila jasna razlika između "Osjećam da imam jako malen rizik da razvijem neku tešku bolest" i "Osjećam da imam prilično malen rizik da razvijem neku tešku bolest". Prvi odgovor je stoga promijenjen u "Obično osjećam da nemam nikakav rizik da razvijem neku tešku bolest", a drugi u "Obično osjećam da imam jako malen rizik da razvijem neku tešku bolest". U 12. čestici nije bila jasna razlika između "Često mislim da imam tešku bolest" i "Obično mislim da sam teško bolestan" stoga je "Obično" promijenjeno u "Gotovo uvijek".

Nakon promjena nastalih zbog povratnih informacija dobivenih iz fokusne grupe, nova verzija upitnika poslana je psihologu koji je završio obrazovanje u SAD-u te odlično poznaje hrvatski i engleski jezik. Napravljen je povratni prijevod na engleski

te je uspoređen s originalnom verzijom upitnika. Razlike između prijevoda su bile isključivo ograničene na sinonime te istraživači su se složili da nema kvantitativnih ni kvalitativnih razlika među prijevodima tj. da čestice u oba upitnika mjere iste razine istih indikatora zdravstvene anksioznosti. Kongruentnost povratnog prijevoda jedan je od najboljih pokazatelja semantičke ekvivalentnosti prijevoda, ali ona ne garantira i psihološku ekvivalentnost (van Widenfelt, Treffers, de Beurs, Siebelink i Koudijs, 2005) stoga je potrebno prijevod izložiti psihometrijskoj analizi. Kratki inventar zdravstvene anksioznosti nalazi se u prilogu 2.

Ljestvica anksiozne osjetljivosti ASI-3 (Anxiety Sensitivity Index; ASI-3; Taylor, Zvolensky, Cox, Deacon, Heimberg, Ledley i sur., 2007) je upitnik odličnih psihometrijskih svojstava koji nastoji procijeniti strah od posljedica anksioznih simptoma. Anksiozna osjetljivost je zapravo skup psiholoških uvjerenja da osjeti koji nastaju kao posljedica anksioznosti mogu imati štetne posljedice što pojačava početni strah, a time i anksiozne simptome. Upitnik ima 18 čestica kojima je pridružena skala odgovora od "jako malo" (0) do "jako puno" (5). Sastoji se od 3 subskale koje se tiču straha od simptoma ("Plaši me kada mi srce počne ubrzano kućati"), brige o socijalnim posljedicama simptoma ("Kada drhtim u prisutnosti drugih, zabrinut/a sam što će misliti o meni") i straha od gubitka kognitivne kontrole ("Kada ne mogu zadržati misli na zadatku koji obavljam u tom trenutku, brinem se da postajem lud/a"). Pouzdanost unutarnje konzistencije upitnika je dobra (Cronbachov $\alpha = .87$ za subskalu straha od tjelesnih simptoma; Cronbachov $\alpha = .88$ za subskalu straha od gubitka kognitivne kontrole; Cronbachov $\alpha = .83$ za subskalu straha od tjelesnih simptoma).

Skala depresije, anksioznosti i stresa - 21 (Depression Anxiety Stress Scale – 21; DASS-21; Lovibond i Lovibond, 1995b) je upitnik namijenjen procjeni depresivnosti ("Ništa me nije moglo oduševiti"), anksioznosti ("Osjećao sam se jako nervozno") i stresa ("Sušila su mi se usta"). Nastao je za potrebe procjene kvalitete usluga poboljšanja mentalnog zdravlja te služi kao opća mjera psihijatrijskih simptoma (Sinclair, Siefert, Slavin-Mulford, Stein, Renna i Blais, 2012). Iako depresivnost, anksioznost i stres predstavljaju odvojene konstrukte, u praksi među njima postoji značajan komorbiditet i korelacija među upitničkim mjerama (Antony, Bieling, Cox,

Enns i Swinson, 1998; Sanderson, Di Nardo, Rapee, i Barlow, 1990; prema Sinclair, Siefert, Slavin-Mulford, Stein, Renna i Blais, 2012). Puna verzija upitnika DASS sastoji se od 42 čestice (Lovibond i Lovibond, 1995a), ali su autori napravili i skraćenu verziju koja se sastoji od 21 čestice koja također ima dobru pouzdanost i valjanost (Lovibond i Lovibond, 1995b). Za svaku česticu ispitanik navodi svoje slaganje zaokruživanjem tvrdnji poput "Uopće se nije odnosilo na mene" (0) do "Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene" (3). Pouzdanost unutarnje konzistencije je dobra (Cronbachov $\alpha = .9$ za subskalu depresivnosti; Cronbachov $\alpha = .83$ za subskalu anksioznosti; Cronbachov $\alpha = .93$ za subskalu stresa).

Upitnik zdravstvene anksioznosti (Health Anxiety Questionnaire; HAQ; Lucock i Morley, 1996) je upitnik od 21 čestice namijenjen identifikaciji pojedinaca s visokom razinom hipohondrijske zabrinutosti (Lucock i Morely, 1996). To je prvi upitnik namijenjen procjeni kognitivno bihevioralnog aspekta hipohondrije (npr. "Kada doživim neugodan osjećaj u tijelu, teško mi je razmišljati o nečemu drugome"). Odgovori se dobivaju Likertovom skalom na razini od 0 ("nikad ili rijetko") do 3 ("većinu vremena"). Unatoč relativno čestoj uporabi, upitnik nema vlastito validacijsko istraživanje (Longley, Watson i Noyes, 2005). Ipak korišten je u svrhu procjene konvergentne valjanosti drugih upitnika te na taj način ima dokazanu konvergentnu valjanost (Longley, Watson i Noyes, 2005; Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark 2002). Podaci dobiveni u ovom uzorku pokazuju dobru pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbachov $\alpha = .92$).

Skala zadovoljstva životom (Satisfaction With Life Scale; SWLS; Diener, Emmons, Larsen i Griffin, 1985) je kratka mjera subjektivne kvalitete života ("Moj je život blizu mog shvaćanja o idealnom životu"). Procjena zadovoljstva životom jest kognitivni proces u kojem se uspoređuje trenutno životno stanje sa osobnim standardom (Arrindel, Meeuwesen i Huyse, 1991). Dok skala depresije, anksioznosti i stresa (DASS-21) kao mjera općenitih psihijatrijskih simptoma zahvaća aspekt emocionalnih reakcija subjektivnog blagostanja, skala zadovoljstva životom procjenjuje kognitivni aspekt. Upitnik se sastoji od 5 čestica koje traže od ispitanika procjenu sveukupne kvalitete života s pridruženom Likertovom skalom s oznakama "Uopće se ne slažem"

(1) do "U potpunosti se slažem" (5). Dobivena pouzdanost upitnika je zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha = .8$).

Kratka skala kiberohondrije (Short Cyberochondria Scale; SCS; Jokić-Begić, Čuržik, Sangster-Jokić, 2018) je mjera konstrukta koji se odnosi na negativne emocionalne reakcije na medicinske informacije na internetu ("Nakon pretrage zdravstvenih informacija osjećam se preplašeno") te kompulziju za daljnje pretraživanje interneta ne bi li se pronašla informacija koja će umanjiti anksioznost ("Kada jednom počnem tražiti zdravstvene informacije, teško mi je prestati"). Sastoji se od 5 čestica s pridruženim tvrdnjama od "Uopće se ne slažem" (0) do "U potpunosti se slažem" (4). Pouzdanost unutarnje konzistencije je zadovoljavajuća (Cronbachov $\alpha = .84$).

Postupak

Prikupljanje podataka provedeno je u rujnu 2018. godine postupkom on-line anketiranja putem web-domene Survey Monkey. Ciljana skupina bile su odrasle osobe. Korištena je tehnika uzorkovanja snježnom grudom, putem društvenih mreža i mailing lista poslani su pozivi za sudjelovanje kao i zamolba da se pozivi proslijede drugim punoljetnim osobama. U uputi je napomenuto da je anonimnost zagarantirana, te je također navedena kontakt adresa elektroničke pošte za upite o rezultatima istraživanja i žalbe. Nadalje, navedeno je da je ispunjavanje potpuno dobrovoljno i moguće je odustati u bilo kojem trenutku. Samo započinjanje ispunjavanja upitnika smatralo se pristankom na sudjelovanje što je bilo jasno navedeno u uputi.

Rezultati

U Tablici 2 navedeni su rezultati deskriptivne statistike. Za testiranje odstupanja od normalne distribucije korišten je Shapiro-Wilkov test normaliteta.

Tablica 2
Deskriptivna statistika korištenih upitnika

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Raspon	Shapiro-Wilkov test normaliteta distribucije	Cronbachov α
SHAI	12.9	6.81	0-39	.939**	0.87
SHAI - VB	9.58	5.39	0-30	.924**	0.87
SHAI - PB	3.33	2.49	0-12	.919**	0.8
HAQ	11.3	8.28	0-47	.904**	.92
ASI-3	15.5	11.17	0-55	.905**	.91
ASI-3 PC	4.49	4.52	0-20	.87**	.87
ASI-3 SC	7.64	4.87	0-22	.944**	.83
ASI-3 CC	3.34	4.15	0-19	.779**	.88
DASS-21	11.59	10.65	0-55	.851**	.95
DASS-21 D	3.36	3.99	0-21	.776**	.9
DASS-21 A	2.65	3.29	0-18	.764**	.83
DASS-21 S	5.58	4.75	0-21	.908**	.93
SWLS	12.5	3.84	1-20	.966**	.84
SCS	4.2	3.82	0-16	.903**	.84

Legenda: SHAI = Kratki inventar zdravstvene anksioznosti; SHAI – VB = subskala vjerojatnost bolesti (prvih 14 čestica); SHAI – PB = subskala posljedice bolesti (zadnje 4 čestice); ASI-3 = Indeks anksiozne osjetljivosti-3 (PC = strah od tjelesnih simptoma, SC = briga o socijalnim posljedicama, CC = strah od gubitka kognitivne kontrole); ASI-3HAQ = Upitnik zdravstvene anksioznosti; DASS-21 = Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21(D = subskala depresivnosti, A = subskala anksioznosti, S = subskala stresa); SCS = Kratka skala kiberozavlaštivanja; SWLS = Skala zadovoljstva životom; ** = vjerojatnost da podaci nisu dobiveni iz normalne distribucije je $p < 0.01$; * = $p < 0.05$

U tablici 2 je vidljivo da distribucije podataka u svim upitničkim varijablama odstupaju od normalne distribucije. Odstupanje od normalne distribucije može utjecati na procjenu koeficijenta korelacije, ali i njegovu distribuciju što može dovesti do netočnih procjena intervala pouzdanosti (Bishara i Hittner, 2015). Također, uz odstupanje od normalne distribucije može se i vezati nelinearan odnos između varijabli toga je napravljena usporedba između Pearsonovog i Spearmanovog koeficijenta korelacije između Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti i ostalih kriterijskih varijabli (prilog 6) kako bi razlika između dva koeficijenta otkrila izraženost utjecaja narušene pretpostavke o normalnoj distribuciji.

Unutarnja konzistencija i diskriminativna valjanost

Unutarnja konzistencija je procijenjena Cronbachovim α koeficijentom i iznosi .88 za subskalu vjerojatnosti bolesti i 0.8 za subskalu posljedica bolesti. Potom su izračunati koeficijenti diskriminativne valjanosti kako bi se pokušale otkriti čestice s potencijalno lošim prijevodom. Kao granična vrijednost koeficijenta diskriminativne valjanosti obično se uzima .3 ili .4 stoga prema tom kriteriju sve čestice osim 14. imaju zadovoljavajući koeficijent diskriminativne valjanosti što govori u prilog valjanosti prijevoda.

Tablica 3
Koeficijenti diskriminativne valjanosti Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti

Subskala	R. br. čestice	Spuriozni koeficijent korelacije	Koeficijent diskriminativne valjanosti
Vjerojatnost bolesti	1	.641	.567
	2	.567	.474
	3	.521	.418
	4	.783	.732
	5	.772	.72
	6	.631	.57
	7	.746	.69
	8	.54	.464
	9	.551	.475
	10	.57	.473
	11	.619	.51
	12	.674	.616
	13	.666	.595
	14	.444	.345
Težina	15	.787	.599
posljedica	16	.716	.522
bolesti	17	.821	.647
	18	.832	.682

Kriterijska valjanost - povezanost s alternativnom mjerom konstrukta, teoretskim prediktorom konstrukta te emocionalno-ponašajnim posljedicama

Kako bismo provjerili kriterijsku valjanost upitnika izračunata je interkorelacijska matrica upitničkih mjera, uključujući i demografske varijable. Rezultati su prikazani u tablici 4.

Tablica 4
Matrica interkorelacija upitnika i sociodemografskih varijabli

Varijabla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Spol	1											
2.Dob	-.049	1										
3.Obrazovanje	-.062	.339**	1									
4.Radi u zdravstvu	.019	-.218**	.284**	1								
5.Kronična bolest	.118	.241**	.09	-.085	1							
6.Psihički poremećaj	.057	-.101	-.243**	-.188**	.062	1						
7.SHA1	.229**	-.205**	-.212**	-.07	.145*	.223**	1					
8.ASI-3	.164**	-.179**	-.28**	-.079	0	.316**	.558**	1				
9.HAQ	.193**	-.164**	-.271**	-.119	.095	.164**	.802**	.637**	1			
10.DASS-21	.161*	-.271**	-.265**	-.043	.027	.352**	.522**	.575**	.534**	1		
11.SCS	.186**	-.162*	-.276**	-.101	.047	.222**	.544**	.432**	.578**	.425**	1	
12.SWLS	-.065	-.174**	.111	.227**	-.144*	-.248**	-.192**	-.187**	-.185**	-.372**	-.048	1

Legenda: SHA1 = Kratki inventar zdravstvene anksioznosti; ASI-3 = Indeks anksiozne osjetljivosti-3; HAQ = Upitnik zdravstvene anksioznosti; DASS-21 = Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21; SCS = Kratka skala kiberohondrije; SWLS = Skala zadovoljstva životom; ** = razina korelacije značajna na $p < .01$, * = razina korelacije značajna na $p < .05$; kod varijable spol 0=muški, 1=ženski; kod ostalih binarnih varijabli 0=NE, 1=DA

Analiza korelacija pokazuje da rezultati na upitniku (SHA1) statistički značajno koreliraju sa varijablama relevantnim za kriterijsku valjanost pri čemu je stupanj korelacije umjeren do visok ($r=0.5-0.8$). Iznimku čini varijabla zadovoljstvo životom koja ima nizak koeficijent korelacije ($r=-0.192$). Kao moguće objašnjenje pretpostavljeno je da psihopatološki simptomi djeluju kao medijator između

zdravstvene anksioznosti koji umanjuje zadovoljstvo životom. Taj medijator može imati i druge uzroke pored zdravstvene anksioznosti što bi objasnilo zašto medijator ima veću povezanost sa zadovoljstvom životom od zdravstvene anksioznosti. Izračunata je parcijalna korelacija između zdravstvene anksioznosti i zadovoljstva životom pri čemu je kontroliran stupanj psihopatoloških simptoma (DASS21) te je dobivena statistički neznčajna povezanost ($r=0.002$, $p>0.05$, $df=245$) što govori u prilog medijacijskoj pretpostavci.

Na planu demografskih varijabli vidljivo je da je zdravstvena anksioznost veća kod osoba ženskog spola, mlađih, manje obrazovanih te osoba s kroničnom tjelesnom ili psihičkom bolešću.

Povrh toga napravljena je i usporedba kriterijske valjanosti upitničkih subskala zasebno, njihove optimalno ponderirane linearne kombinacije te čitavog upitnika (tablica 5).

Tablica 5

Pearsonovi koeficijenti korelacije s indikatorima konstruktne valjanosti za subskale Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti, njihove optimalno ponderirane linearne kombinacije u multiploj regresiji i ukupnog rezultata.

	SHAI – VB	SHAI – PB	SHAI	Multipla regresija
ASI-3	0.502**	0.405**	.558**	.561**
HAQ	0.822**	0.363**	.802**	.827**
DASS-21	0.456**	0.409**	.522**	.53**
SWLS	-0.162**	-0.165**	-.192**	-0.2**
SCS	0.536**	0.293**	.544**	0.549

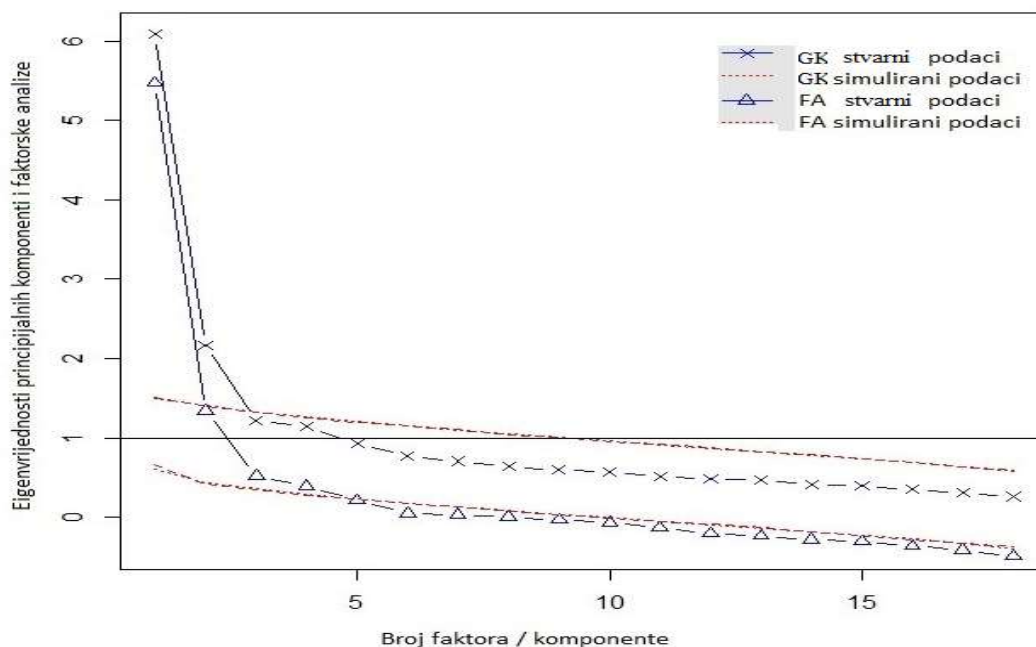
Legenda: SHAI = Kratki inventar zdravstvene anksioznosti; ASI-3 = Indeks anksiozne osjetljivosti-3; HAQ = Upitnik zdravstvene anksioznosti; DASS-21 = Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21; SCS = Kratka skala kiberohondrije; SWLS = Skala zadovoljstva životom; ** = razina korelacije značajna na $p<.01$, * = razina korelacija značajna na $p<.05$

Određen broj istraživanja subskale Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti razmatra odvojeno dok druga istraživanja koriste jednostavan zbroj tih skala (Alberts, Hadjistavropoulos, Jones i Sharpe, 2013). Prema autorima upitnika subskale nisu međusobno ortogonalne stoga ih može biti opravdano zbrojiti s obzirom da postoji generalni faktor (Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002), ali nije sasvim jasno da li takvo zbrajanje subskala dovodi do gubitka informacija u usporedbi s korištenjem

optimalno ponderirane linearne kombinacije. Iz tablice 6 je vidljivo da jednostavan zbroj subskala ima gotovo jednake koeficijente kriterijske valjanosti kao i optimalno ponderirana linearna kombinacija što opravdava korištenje ukupnog upitničkog rezultata u regresijskoj analizi.

Usporedba faktorske strukture upitnika sa strukturom dobivenom u prethodnim validacijskim istraživanjima

U istraživanju je korištena eksploracijska faktorska analiza s oblimin rotacijom faktora. Za određivanje broja značajnih faktora korištena je paralelna analiza. Paralelna analiza je postupak koji služi određivanju broja značajnih glavnih komponenti ili faktora. Vrijednosti karakterističnih korjenova dobivenih na stvarnim podacima uspoređuju se s vrijednostima dobivenim na podacima koji su nastali Monte-Carlo simulacijom. Ukoliko je vrijednost karakterističnog korijena faktora dobivenog na stvarnim podacima veća od onog dobivenog na simuliranim tj. nasumično generiranim podacima tada je preporučljivo zadržati faktor i razmotriti sljedeći. Vrijednosti karakterističnih korjenova simuliranih i stvarnih podataka mogu se vidjeti u slici 1.



Slika 1. Usporedba vrijednosti karakterističnih korjenova faktora dobivenim na aktualnim podacima i postupkom paralelne analize

Prva dva faktora imaju vrijednosti karakterističnih korjenova iznad 1, međutim, vrijednost KK drugog faktora je niža od granične vrijednosti dobivene na simuliranim podacima što dovodi dvofaktorsko rješenje u pitanje.

Na temelju matrice faktorske strukture (tablica 6) i matrice faktorskog sklopa (prilog 5) možemo vidjeti da prvi faktor saturira prvih 14 čestica dok drugi faktor saturira zadnje 4 čestice što je u skladu s prijašnjim istraživanjima. Čestica 14 ima zasićenost prvim faktorom manju od .4 što odražava njen malen koeficijent diskriminativne valjanosti.

S obzirom da prema Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark (2002) faktori upitnika nisu ortogonalni, korištena je kosokuta faktorska rotacija stoga je za interpretaciju faktora preporučljivije koristiti matricu faktorskog sklopa (prilog 5). Ona također potvrđuje da prvi faktor formira prvih 14 čestica koje predstavljaju procjenu vjerojatnosti bolesti, a drugi faktor zadnje 4 čestice koje predstavljaju procjenu negativnih posljedica bolesti. Pearsonov koeficijent korelacije između faktora iznosi .36.

Tablica 6
Matrica faktorske strukture

R. br.	Faktor 1	Faktor 2
1	.602	.292
2	.502	.260
3	.439	
4	.795	.284
5	.781	.291
6	.617	.291
7	.750	.203
8	.495	.114
9	.516	.360
10	.498	.120
11	.555	.268
12	.657	.269
13	.632	.292
14	.376	

15	.298	.687
16	.293	.598
17	.264	.736
18	.258	.804

Rasprava

Cilj istraživanja je bio provjeriti psihometrijske karakteristike hrvatskog prijevoda Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti (engl. Short Health Anxiety Inventory, Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002). Psihometrijska analiza valjanosti imala je zadaću odrediti valjanost prijevoda na razini ukupnog upitničkog rezultata, ali i pojedinačnih čestica. Na razini ukupnog upitničkog rezultata to je napravljeno provjerom u kojoj mjeri upitnik korelira s relevantnim varijablama poput anksiozne osjetljivosti koja leži u podlozi mnogih anksioznih poremećaja, druge mjere zdravstvene anksioznosti te ishoda na koje poremećaj utječe poput zadovoljstva životom, psihopatoloških simptoma i kiberohondrije.

Anksiozna osjetljivost je prema kognitivističkoj paradigmi mehanizam koji pomaže razvoj anksioznih poremećaja tako što pojačava početni strah kojeg izazivaju stresni događaji. Dobiveno je da upitnik zdravstvene anksioznosti korelira s mjerom anksiozne osjetljivosti ($r(245) = .558$; $p < .01$). Što se tiče konvergentne valjanosti s alternativnom mjerom istog konstrukta dobivena je statistički značajna povezanost s upitnikom HAQ ($r(245) = .808$; $p < .01$) koja je ujedno i veća nego povezanost između SHAI i bilo koje druge varijable.

Kao ishode zdravstvene anksioznosti odabrani su procjena zadovoljstva životom (SWLS), procjena simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) te kiberohondrija tj. kompulzivno pretraživanje interneta koje uzrokuje psihološku nelagodu (SCS). Upitnik zdravstvene anksioznosti (SHAI) statistički značajno korelira sa svim navedenim mjerama na razini značajnosti $p < .01$. Zanimljivo je da je povezanost zdravstvene anksioznosti i procjene zadovoljstva životom puno manja ($r(245) = -.192$) nego povezanost s kiberohondrijom ($r(245) = .544$) i simptomima anksioznosti, depresivnost i stresa ($r(245) = .522$). Moguće objašnjenje je da se radi o ne-kliničkom uzorku zbog čega su visoke razine anksioznosti i niske razine zadovoljstva životom podzastupljene što može atenuirati korelaciju ukoliko povezanost

zdravstvene anksioznosti i zadovoljstva životom nije linearna. Zdravstvena anksioznost unutar određenih granica jest normalan dio brige o vlastitom zdravlju stoga ne smanjuje zadovoljstvo životom sve dok ne dosegne kritičnu razinu. S obzirom da se radi o nekliničkom uzorku većina sudionika se vjerojatno nalazi ispod tog kritičnog praga što umanjuje povezanost zdravstvene anksioznosti i kvalitete života vidljivu u podacima. Drugo moguće objašnjenje niske povezanosti između zadovoljstva životom i zdravstvene anksioznosti je to da zadovoljstvo životom ima puno više determinanti od prisutnosti određenog psihičkog poremećaja. Simptomi depresivnosti, anksioznosti i stresa mogu djelovati kao medijator između zdravstvene anksioznosti i procjene zadovoljstva životom, ali ti simptomi mogu biti uzrokovani i drugim poremećajima pored zdravstvene anksioznosti te negativnim životnim ishodima. Činjenica da povezanost između zdravstvene anksioznosti i zadovoljstva životom prestaje biti značajna nakon što se parcijalizira utjecaj simptoma DAS na zadovoljstvo životom govori u prilog interpretaciji da je zdravstvena anksioznost distalni uzročnik smanjenja zadovoljstva životom koji djeluje putem proksimalnog uzročnika: depresivnosti, anksioznosti i stresa.

Varijabla kiberohondrija je odabrana kao validacijska varijabla zato što kompulzivno pretraživanje interneta predstavlja manifestaciju zdravstvene anksioznosti u digitalnom dobu. Prema modelu hipohondrije Salkovskisa i Warwicka (1990), kiberohondrija može djelovati kao jedan od održavajućih čimbenika hipohondrije stoga je za pretpostaviti postojanje povezanosti sa zdravstvenom anksioznošću. Ne postoje još jasni dokazi izaziva li internetsko pretraživanje samo po sebi anksioznost ili je ono samo posljedica već postojeće zdravstvene anksioznosti. Neovisno o smjeru uzročnosti, za očekivati je postojanje korelacije između kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti što je i potvrđeno u ovom istraživanju.

Psihometrijska analiza valjanosti na razini upitničkih čestica izvršena je faktorskom analizom i provjerom diskriminativne valjanosti čestica. Cilj je bio otkriti postoje li čestice koje imaju nisku diskriminativnu valjanost, što bi se moglo pripisati lošem prijevodu, ili se čestice grupiraju u faktore koji nemaju istu strukturu kao oni

dobiveni na upitnicima na engleskom jeziku. Iako postoje određena razilaženja u broju faktora, većina prijašnjih istraživanja konvergiraju u nalazu da upitnik ima dvofaktorsku strukturu pri čemu prvi faktor opterećuje prvih 14 čestica i može se interpretirati kao procjena vjerojatnosti bolesti, dok drugi faktor opterećuje zadnje 4 čestice i moguće ga je interpretirati kao procjenu negativnih posljedica bolesti (Alberts, Hadjistavropoulos, Jones i Sharpe, 2013). Ovakva dvofaktorska struktura u skladu je s kognitivnim modelom anksioznosti prema kojem intenzitet straha je funkcija vjerojatnosti javljanja negativnog događaja i percipirane težine njegovih posljedica. Odluka o broju ekstrahiranih faktora donesena je na temelju paralelne analize, veličine vrijednosti karakterističnih korjenova te interpretabilnosti faktora. Svi navedeni kriteriji osim paralelne analize govore u prilog postojanju dva faktora. Načelno vrijednost karakterističnog korjena faktora mora biti barem 1 kako bi bio proglašen značajnim, ali to je ujedno i arbitraran kriterij. Paralelna analiza pokušava empirijski odrediti graničnu vrijednost KK tako što vrijednosti KK faktora dobivene na stvarnim podacima kontrastira s vrijednostima KK dobivenim na simuliranim podacima gdje je korelacija među česticama posljedica slučajnosti. Kao što je vidljivo u slici 1, vrijednost KK drugog faktora ne prelazi vrijednost dobivenu na simuliranim podacima. Ipak, vrijednost KK faktora je jako blizu granične vrijednosti te on ima dobru interpretabilnost zbog čega je u konačnici zadržan.

Faktorska zasićenja su većinom u skladu s prijašnjim nalazima (Alberts, Hadjistavropoulos, Jones i Sharpe, 2013), prvi faktor saturira prvih 14 čestica, a drugi faktor zadnje 4. Međutim, matrica faktorske strukture pokazuje mala odstupanja od očekivanih saturacija. Ako kao graničnu vrijednost faktorske saturacije odaberemo vrijednost .3 tada drugi faktor saturira 9. česticu što ne bi trebao biti slučaj. Ako kao graničnu vrijednost odaberemo .4 tada prvi faktor ne saturira 14. česticu. Moguće objašnjenje problema oko 14. čestice ponuđeno je u sljedećem dijelu vezanom za diskriminativnu valjanosti koji razmatra bodovanje čestice tj. problem da najniža vrijednost odgovora ne predstavlja samo izostanak simptoma već suprotan ekstrem. Za odgovor na problem 9. čestice ("Ako čujem o nekoj bolesti pomislim da je imam") potrebno je objasniti što ona ima zajedničko sa skupom čestica 15-18 koje predstavljaju percipiranu težinu bolesti. Analiza sadržaja čestice i matrica interkorelacija (prilog 4)

ne nudi očigledno objašnjenje ove povezanosti; 9. čestica podjednako korelira sa svim sastavnim česticama drugog faktora što otežava interpretaciju.

Diskriminativna valjanost individualnih čestica je dobra što upućuje da su čestice dobri indikatori izmjerenog konstrukta. Iznimku čini čestica 14 gdje je koeficijent diskriminativne valjanosti manji od .3. Olatunji (2009) je u svom istraživanju također dobio da čestica 14 nema opterećenje iznad .3 niti na jednom od faktora što ukazuje na slabiju diskriminativnu valjanost, ali i da snižena diskriminativna valjanost nije nužno posljedica gubitka u prijevodu s engleskog na hrvatski jezik.

U čestici 14. od sudionika traži se procjena stupnja u kojem ih njihova obitelj smatra zdravstveno anksioznim osobama. U fokusnoj grupi provedenoj u predistraživanju sudionici su iznijeli mišljenje da obitelj nema nužno uvid u njihove strahove stoga takvo pitanje slabo može razlikovati zdravstveno anksiozne osobe. Kod jako izražene zdravstvene anksioznosti tj. hipohondrije, osobe puno češće traže razuvjeravanje od strane bližnjih stoga je moguće da bi diskriminativna valjanost pitanja u kliničkom uzorku bila veća. Analiza linearnosti odnosa čestice i ukupnog rezultata govori u prilog ovoj interpretaciji. Graf u prilogu 3 pokazuje da povezanost 14. čestice i ukupnog rezultata odstupa od linearnog na intervalu [0,1]; pojedinci koji odabiru odgovor 0 ili 1 se ne razlikuju po ukupnom rezultatu. Ovo posebice narušava diskriminativnu valjanost čestice zato što se radi o nekliničkom uzorku stoga većina ispitanika zaokružuje upravo ta dva odgovora.

Pregled sadržaja pokazuje da najniži odgovor 0 ("Moja obitelj/prijatelji bi rekli da se ne brinem dovoljno o svom zdravlju") ne predstavlja samo izostanak simptoma već sugerira i neadaptivno ponašanje suprotnog predznaka u kojem osoba nije dovoljno angažirana oko vlastitog zdravlja. Moguće je da bi se postiglo poboljšanje u diskriminativna valjanost kada bi najniži odgovor tj. odgovor koji nosi 0 bodova bio "Moja obitelj/prijatelji bi rekli da imam normalan stav prema svom zdravlju", što u trenutnoj formi upitnika nosi 1 bod.

Metodološka ograničenja

Temeljno ograničenje istraživanja proizlazi iz načina uzorkovanja i prikupljanja podataka. Dobra aproksimacija populacijskih vrijednosti zahtijeva korištenje nasumičnog odabira pri čemu svaki član populacije ima podjednaku vjerojatnost sudjelovati u istraživanju. U ovom istraživanju korištena je tehnika snježne grude, ekonomična i brza metoda, ali sklona stvaranju selekcioniranih uzoraka. Povrh toga internetsko prikupljanje podataka često dovodi do podzastupljenosti nižih socioekonomskih slojeva što je posebice problematično kada se radi o istraživanjima psihopatologije s obzirom da je kod njih ona češća (Heiervang i Goodman, 2011). Pogledom na tablicu 1 uočljiva je velika zastupljenost žena i visoko obrazovanih. Tablica 4 pokazuje statistički značajnu povezanost demografskih varijabli spola, dobi i obrazovanja sa zdravstvenom anksioznošću. To snažno sugerira da uzorak odstupa od populacijskih vrijednosti ne samo u demografskim obilježjima već i psihološkim varijablama. Selekcioniranost uzorka prvenstveno utječe na statistike poput centralne tendencije i raspršenja, ali ima manji utjecaj na odnos između varijabli (Heiervang i Goodman, 2011). Ipak utjecaj na koeficijente korelacije prvenstveno ovisi o linearnosti odnosa između varijabli (ako je odnos linearan nije važno na kojim ga intervalima procjenjujemo) te izraženosti nesrazmjera u zastupljenosti visokih i niskih rezultata. Povezanost između zdravstvene anksioznosti je niska što bi se moglo objasniti time da anksioznost negativno utječe na zadovoljstvo životom tek kada prijeđe određenu kritičnu razinu. S obzirom da se radi o pretežito ne-kliničkom uzorku, procjena povezanosti će pretežito vrijediti samo za ne-kliničke razine anksioznosti koja može biti različita od povezanosti sa zadovoljstvom životom na višim razinama anksioznosti ukoliko odnos nije linearan. Stoga, dobivena povezanost između zdravstvene anksioznosti i zadovoljstva životom može biti značajno promijenjena na kliničkom uzorku.

Drugi aspekt selekcioniranosti uzorka odnosi se činjenicu da visoke verbalne sposobnosti mogu maskirati utjecaj lošeg prijevoda ili formulacije čestica na psihometrijsku valjanost. S obzirom da je udio visoko obrazovanih u populaciji znatno manji nego u uzorku, moguće je da bi u drugim istraživanjima psihometrijske karakteristike upitnika bile nepovoljnije.

Treći nedostatak istraživanja leži u izostanku provjere kriterijske valjanosti. Ako je namjena upitnika pomoć u dijagnosticiranju hipohondrije tada bi konačni test

njegove valjanosti bio mogućnost točnog predviđanja te dijagnoze. Ovakvu provjeru nije bilo moguće napraviti iz praktičnih razloga jer ona zahtijeva specifičan uzorak koji uključuje velik broj sudionika s dijagnosticiranom hipohondrijom. Na takvom uzorku bilo bi moguće odrediti osjetljivost upitnika tj. postotak točno identificiranih dijagnoza hipohondrije, kao i diferencijalno dijagnostičku valjanost odnosno mogućnost razlikovanja ostalih anksioznih poremećaja.

Implikacije istraživanja

U praktičnom aspektu istraživanje je pokazalo dobra psihometrijska svojstva prijevoda upitnika što služi kao dobra polazna točka za daljnja validacijska istraživanja. Dobra pouzdanost i konstruktna valjanost nisu garancija za dobru dijagnostičku valjanost u otkrivanju hipohondara, ali u najmanju ruku govore u prilog ekvivalentnosti prijevoda.

Teorijska vrijednost istraživanja jest potvrda dvofaktorske strukture upitnika. Iako većina istraživanja govore u prilog dvofaktorskoj strukturi, manji broj istraživanja je pronašao i tri faktora (Alberts, Hadjistavropoulos, Jones i Sharpe, 2013). Replikacija faktorske strukture pomaže budućim meta-analizama u postizanju konsenzusa.

Istraživanje je također potvrdilo konstruktnu valjanost upitnika, a time i kognitivno bihevioralnog modela na kojem je upitnik nastao, kao mjere konstrukta zdravstvene anksioznosti. Utvrđena je povezanost zdravstvene anksioznosti s anksioznom osjetljivošću, poznatim teoretskim prediktorom anksioznih poremećaja, te ishodima djelovanja zdravstvene anksioznosti poput simptoma depresivnosti, anksioznost i stresa te kiberozhondrije odnosno kompulzivnog pretraživanja interneta uz negativne emocionalne reakcije.

Zanimljiv je nalaz o malenom stupnju povezanosti između zdravstvene anksioznosti i zadovoljstva životom unatoč tome što zadovoljstvo života ima relativno visoku povezanost sa skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa. Ovaj nalaz djeluje kao anomalija koju bi bilo zanimljivo istražiti u budućim istraživanjima zdravstvene anksioznosti.

Zaključak

Psihometrijska analiza upitnika pokazala je da su zadovoljena sva tri psihometrijska kriterija valjanosti. Analiza diskriminativne valjanosti čestica pokazala je da se radi o dobrim indikatorima konstrukta. Potvrđena je i hipoteza da su upitnički rezultati pozitivno korelirani s mjerama anksiozne osjetljivosti, simptomima depresije, stresa i anksioznosti, kiberohondrije te s alternativnom mjerom zdravstvene anksioznosti. Također je potvrđena negativna povezanost s mjerom zadovoljstva životom. Na planu faktorske strukture utvrđen je broj faktora i faktorske saturacije koje odgovaraju prijašnjim istraživanjima. Daljna istraživanja bi trebala testirati psihometrijska svojstva na kliničkom uzorku te snagu upitnika u predviđanju dijagnoze hipohondrije te razlikovanje hipohondrije od drugih anksioznih smetnji.

Literatura:

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. i Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871–883.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. i Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86–94.
- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. L. i Sharpe, D. (2013). The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 68-78.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th text revision* (4. izdanje). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izdanje). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L. i Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and individual differences*, 12(2), 117-123.
- Axelsson, E. (2018). *Severe health anxiety: novel approaches to diagnosis and psychological treatment* (Doktorska disertacija). https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46521/Thesis_Erland_Axelsson.pdf
- Barsky, A. J. (2001). Somatosensory amplification and hypochondriasis. U knjizi: Starcevic, V. i Lipsitt, D. R. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Oxford University Press.
- Barsky A. J., Wyshak G., Klerman G. L., Latham K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 89–94.
- Berrios, G. E. (2001). Hypochondriasis: History of the Concept. U knjizi: Starcevic, V. i Lipsitt, D. R. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Oxford University Press.
- Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2015). Reducing bias and error in the correlation coefficient due to nonnormality. *Educational and psychological measurement*, 75(5), 785-804.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. i Kaemmer, B. (1989). MMPI-2: Manual for administration and scoring. *Minneapolis: University of Minnesota Press*.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. i Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Fink, P., Ewald, H., Jensen, J., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M. i Munk-Jørgensen, P. (1999). Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in- patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 261-273.
- Heiervang, E., & Goodman, R. (2011). Advantages and limitations of web-based surveys: evidence from a child mental health survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(1), 69-76.
- Hurst, P. D. A. (1928). Discussion on Hypochondria.
Dobavljeno s: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003591572802200248>
- Jokić-Begić, N., Mikac U., Čuržik, D. i Sangster Jokić, C. (2018). The development of The Short Cyberchondria Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, u tisku
- Kellner R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. Praeger: New York.
- Kirmayer L. J., Robbins J. M., Dworkind M., Yaffe M. J. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734–741.
- Lagoe, C. i Atkin, D. (2015). Health anxiety in the digital age: An exploration of psychological determinants of online health information seeking. *Computers in Human Behavior*, 52, 484-491.
- Longley, S. L., Watson, D. i Noyes R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: the multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment*, 17(1), 3.
- Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lovibond, S. H. i Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2. izdanje). Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia
- Lucock, M. P. i Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 137-15.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M. i Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*, 27(2), 127-139.
- Morales, A., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A. i Orgiles, M. (2015). Short health anxiety inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 123-131.

- Melli, G., Bailey, R., Carraresi, C. i Poli, A. (2018). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 263-271.
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K. i Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 31–37.
- Olatunji, B. O. (2009). Incremental specificity of disgust propensity and sensitivity in the prediction of health anxiety dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 230-239.
- Pandey, S., Parikh, M., Brahmbhatt, M. i Vankar, G. K. (2017). Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 32-41.
- Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J. i Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, 6(2), 123-13.
- Poel, F., Hartmann, T., Baumgartner, S. E. i Tanis, M. (2017). A psychometric evaluation of the Dutch Short Health Anxiety Inventory in the general population. *Psychological assessment*, 29(2), 186.
- Rabiei, M., Kalantari, M., Asgari, K. i Bahrami, F. (2013). Factor structure analysis, validity and reliability of the health anxiety inventory-short form. *Journal of Depression and Anxiety*, 2(1).
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 585-596.
- Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D. M. i McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1–8.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. i Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843–853.
- Shepherd, M. i Zangwill, O. L. (1983). *Handbook of Psychiatry: Volume 1, General Psychopathology* (Vol. 5). CUP Archive.

- Sinclair, S. J., Siefert, C. J., Slavin-Mulford, J. M., Stein, M. B., Renna, M. i Blais, M. A. (2012). Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of US adults. *Evaluation & the Health Professions*, 35(3), 259-279.
- Starcevic, V. (2014). Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 373-374..
- Taylor , S. , Zvolensky , M. , Cox , B. , Deacon , B. , Heimberg , R. , Ledley , D. R. i sur. (2007) . Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3 (ASI-3) . *Psychological Assessment*, 19(2), 176–188 .
- van Widenfelt, B. M., Treffers, P. D. A., de Beurs Siebelink, B. M., & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 135-147.
- Warwick, H. M. i Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 105-117.
- Wheaton, M. G., Berman, N. C. i Abramowitz, J. S. (2010). The Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in the Prediction of Health Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 229-239
- Wheaton, M., Berman, N., Franklin, J. i Abramowitz, J. (2010). Health Anxiety: Latent Structure and Associations with Anxiety-related Psychological Processes in a Student Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 565-574.
- Xiong, G. L., Bourgeois, J. A., Chang, C. H., Liu, D. i Hilty, D. M. (2007). Hypochondriasis: common presentations and treatment strategies in primary care and specialty settings. *Clinical Practice*, 4(3), 323.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H. i Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the anxiety sensitivity index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277–284.
- Zhang, Y., Liu, R., Li, G., Mao, S. i Yuan, Y. (2015). The reliability and validity of a Chinese-version Short Health Anxiety Inventory: an investigation of university students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1739-1747.

Prilog 1:

Pristanak na sudjelovanje u istraživanju

Poštovani,

ovo se istraživanje provodi za potrebe izrade diplomskog rada studenta Ivana Jakovljevića na odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu te provedbe istraživačkog rada u okviru doktorata Branke Bagarić, mag. psih. više stručne suradnice u HUBIKOT-u, pod mentorstvom dr.sc. Nataše Jokić-Begić. Istraživanje se bavi temom pretjerane brige o zdravlju koja se u literaturi naziva zdravstvena anksioznost. Većina ljudi je ponekad zabrinuta za svoje zdravlje, ali kod nekih taj strah doseže toliki intenzitet da počne otežavati svakodnevno funkcioniranje i smanjuje kvalitetu života. Cilj ovog istraživanja je provjeriti valjanost upitnika zdravstvene anksioznosti koji je preveden na hrvatski jezik.

Ispunjavanje upitnika je dobrovoljno i anonimno te imate pravo u svakom trenutku bez ikakvih posljedica odustati od sudjelovanja. Podaci dobiveni primjenom upitnika biti će analizirani na grupnoj, ne individualnoj razini. Rješavanjem upitnika pristajete na sudjelovanje u istraživanju. Ukoliko odlučite sudjelovati, molimo Vas da na pitanja odgovarate iskreno te da ne izostavite niti jedno pitanje. Detaljne upute i način odgovaranja nalaze se u upitniku, te Vas molimo da prije davanja odgovora pažljivo pročitate uputu i svaku tvrdnju. Na postavljena pitanja nema točnih i netočnih odgovora. Za ispunjavanje upitnika bit će potrebno oko 15 minuta. Rješavanjem upitnika pristajete na sudjelovanje u istraživanju.

Svoja pitanja ili komentare možete uputiti na e-mail adresu: ijakovlj@ffzg.hr

Unaprijed zahvaljujemo na uloženom trudu i vremenu!

Prilog 2:

Kratki inventar zdravstvene anksioznosti (Short Health Anxiety Inventory; Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002)

Svako pitanje sastoji se od 4 tvrdnje. Molimo Vas pažljivo pročitajte svaku skupinu pitanja i odaberete onu tvrdnju koja najbolje opisuje kako ste se osjećali u posljednjih 6 mjeseci. Nema točnih i netočnih odgovora. Ne razmišljate previše o pojedinom pitanju. Svrha ove procjene nije uspostavljanje dijagnoze. Ako ste zabrinuti u vezi sa svojim rezultatima obratite se kvalificiranom stručnjaku.

1)*

Nisam zabrinut oko svog zdravlja
Povremeno sam zabrinut oko svog zdravlja
Mnogo vremena provedem brinući se za svoje zdravlje
Većinu vremena provedem brinući se za svoje zdravlje

2)*

Primjećujem bolove u svom tijelu manje od većine ljudi moje dobi.
Primjećujem bolove jednako kao i većina ljudi moje dobi.
Primjećujem bolove više od većine ljudi moje dobi.
Stalno primjećujem bolove u svom tijelu.

3)*

U pravilu nisam svjestan osjeta i promjena u svom tijelu.
Ponekad sam svjestan osjeta i promjena u svom tijelu.
Često sam svjestan osjeta i promjena u svom tijelu.
Stalno sam svjestan osjeta i promjena u svom tijelu.

4)*

Nije mi problem oduprijeti se mislima o bolesti.
Većinu vremena mi nije problem oduprijeti se mislima o bolesti.
Pokušavam se oduprijeti mislima o bolesti, ali uglavnom ne uspijevam.
Misli o bolesti su toliko jake da im se više ni ne pokušavam oduprijeti.

5)*

U pravilu se ne bojim da imam neku tešku bolest.
Ponekad se bojim da imam neku tešku bolest.
Često se bojim da imam neku tešku bolest.
Uvijek se bojim da imam neku tešku bolest.

6)*

Nemam predodžbe (mentalne slike) sebe bolesnoga.
Povremeno imam predodžbe sebe bolesnoga.
Često imam predodžbe sebe bolesnoga.
Stalno imam predodžbe sebe bolesnoga.

7)*

Nije mi teško skrenuti misli s moga zdravlja.

Ponekad mi je teško skrenuti misli s moga zdravlja.

Često mi je teško skrenuti misli s moga zdravlja.

Ništa mi ne može skrenuti misli s moga zdravlja.

8)*

Osjećam trajno olakšanje kada mi liječnik kaže da je sve u redu.

U početku osjećam olakšanje, ali brige se ponekad kasnije vrate.

U početku osjećam olakšanje, ali brige se kasnije uvijek vrate.

Ne osjećam olakšanje ako mi liječnik kaže da je sve u redu.

9)*

Ako čujem o nekoj bolesti, nikad ne pomislim da je imam.

Ako čujem o nekoj bolesti, ponekad pomislim da je imam.

Ako čujem o nekoj bolesti, često mislim da je imam.

Ako čujem o nekoj bolesti, uvijek mislim da je imam.

10)*

Kada primijetim osjete ili promjene u tijelu, rijetko se pitam što oni znače.

Kada primijetim osjete ili promjene u tijelu, često se pitam što oni znače.

Kada primijetim osjete ili promjene u tijelu, uvijek se pitam što oni znače.

Kada primijetim osjete ili promjene u tijelu, moram znati što oni znače.

11)*

Obično osjećam da nemam nikakav rizik da razvijem neku tešku bolest.

Obično osjećam da imam malen rizik da razvijem neku tešku bolest.

Obično osjećam da imam umjeren rizik da razvijem neku tešku bolest.

Obično osjećam da imam visok rizik da razvijem neku tešku bolest.

12)*

Nikada ne mislim da imam tešku bolest.

Ponekad mislim da imam tešku bolest.

Često mislim da imam tešku bolest.

Gotovo uvijek mislim da sam teško bolestan.

13)*

Ako primijetim osjet u tijelu koji ne znam objasniti, nije mi teško razmišljati o nečem drugom.

Ako primijetim osjet u tijelu koji ne znam objasniti, ponekad mi je teško razmišljati o nečem drugom.

Ako primijetim osjet u tijelu koji ne znam objasniti, često mi je teško razmišljati o nečem drugom.

Ako primijetim osjet u tijelu koji ne znam objasniti, uvijek mi je teško razmišljati o nečem drugom.

14)*

Moja obitelj/prijatelji bi rekli da se ne brinem dovoljno o svom zdravlju.

Moja obitelj/prijatelji bi rekli da imam normalan stav prema svom zdravlju.

Moja obitelj/prijatelji bi rekli da se previše brinem o svom zdravlju.

Moja obitelj/prijatelji bi rekli da sam hipohondar.

Molimo Vas da u sljedećim pitanjima razmislite kako bi to bilo imati tešku bolest i to onu koja Vas osobito brine (npr. bolest srca, rak, multipla skleroza). Naravno, ne možete sa sigurnošću znati kako bi to bilo, ali molimo Vas da date najbolju procjenu o tome što Vi mislite da bi se moglo dogoditi na temelju onoga što znate o sebi te onoga što znate o teškim bolestima.

15)*

Da imam tešku bolest, još uvijek bih mogao poprilično uživati u stvarima u svom životu.

Da imam tešku bolest, još uvijek bih mogao malo uživati u stvarima u svom životu.

Da imam tešku bolest, skoro uopće ne bih mogao uživati u stvarima u svom životu.

Da imam tešku bolest, uopće ne bih mogao uživati u životu.

16)*

Da se teško razbolim, postoji dobra šansa da bi me moderna medicina mogla izliječiti.

Da se teško razbolim, postoji umjerena šansa da bi me moderna medicina mogla izliječiti.

Da se teško razbolim, postoji vrlo mala šansa da bi me moderna medicina mogla izliječiti.

Da se teško razbolim, nema šanse da bi me moderna medicina mogla izliječiti.

17)*

Da imam tešku bolest, ne bih osjećao da sam izgubio svoje dostojanstvo.

Da imam tešku bolest osjećao bih da sam izgubio manji dio svog dostojanstva.

Da imam tešku bolest osjećao bih da sam izgubio veći dio svog dostojanstva.

Da imam tešku bolest osjećao bih da sam u potpunosti izgubio svoje dostojanstvo.

18)*

Teška bolest bi pokvarila samo neke aspekte mog života.

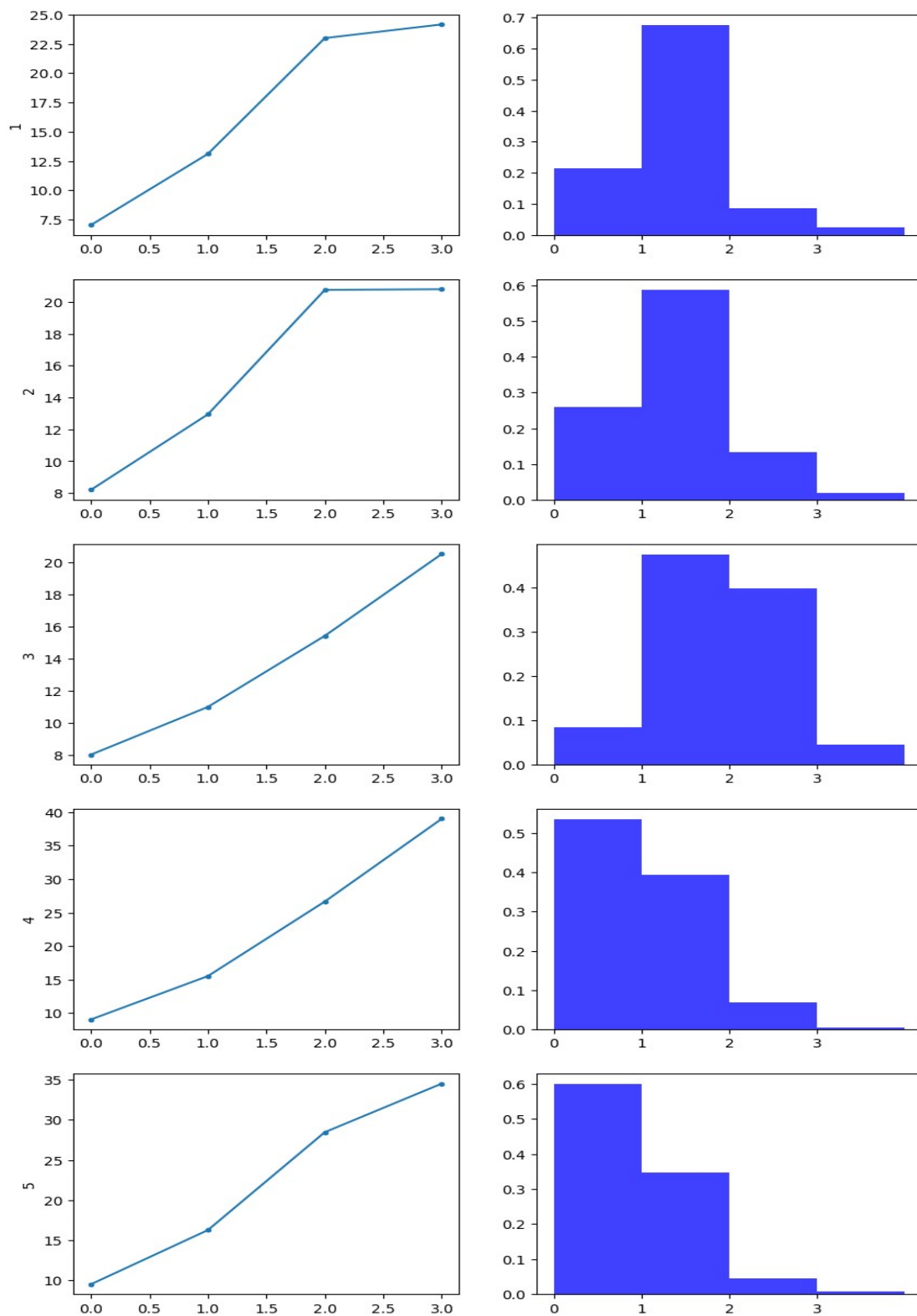
Teška bolest bi pokvarila mnoge aspekte mog života.

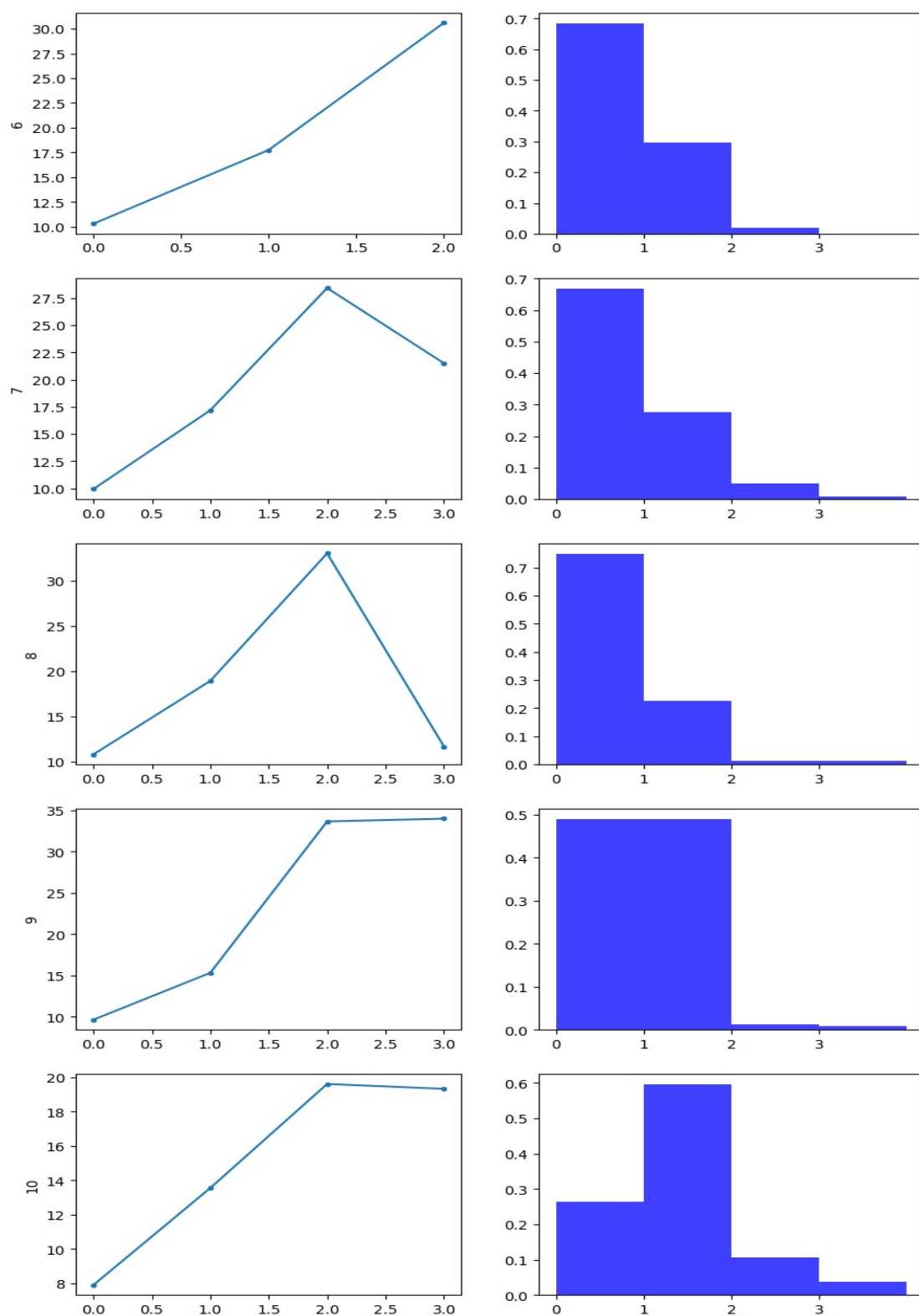
Teška bolest bi pokvarila skoro sve aspekte mog života.

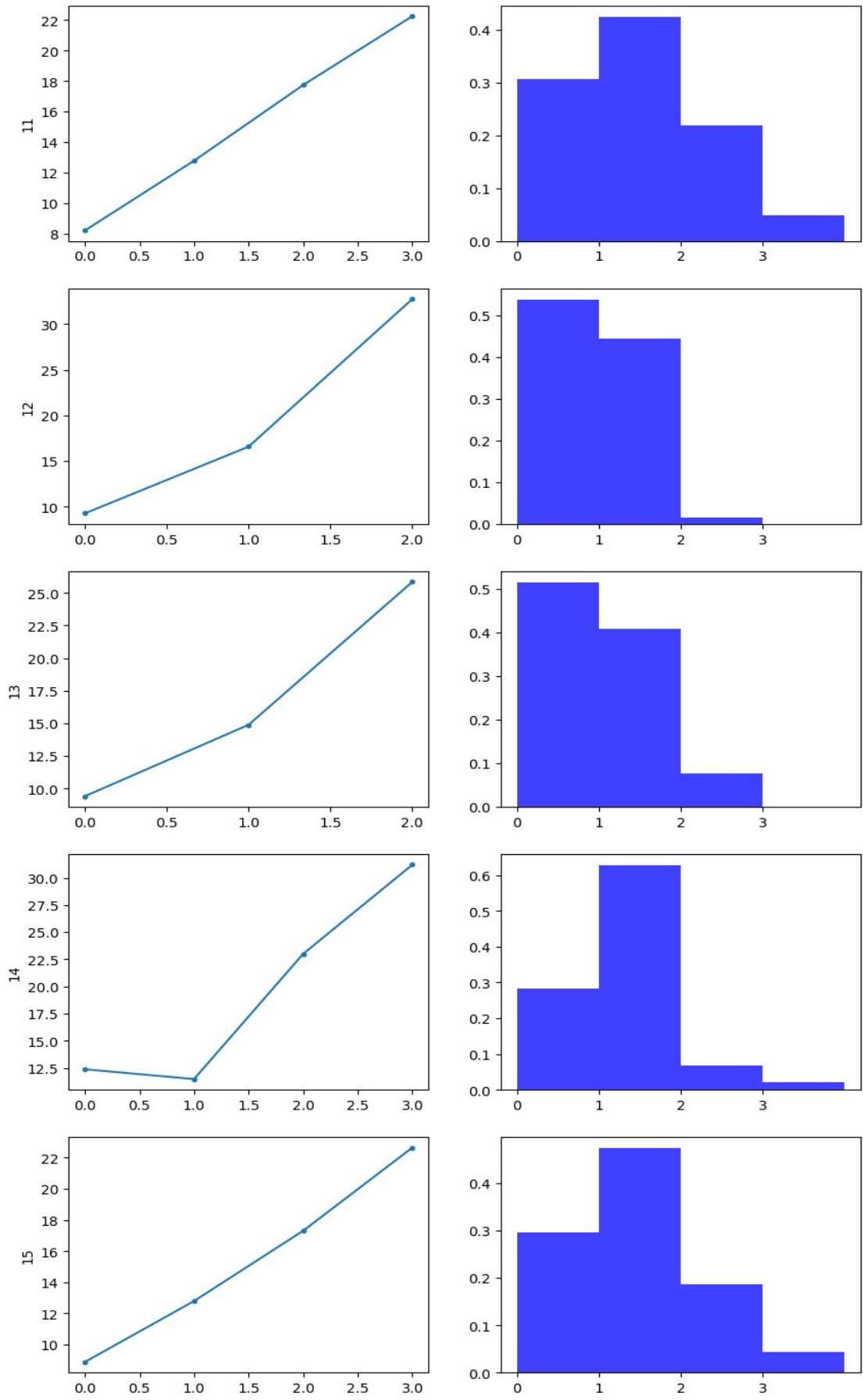
Teška bolest bi pokvarila sve aspekte mog života.

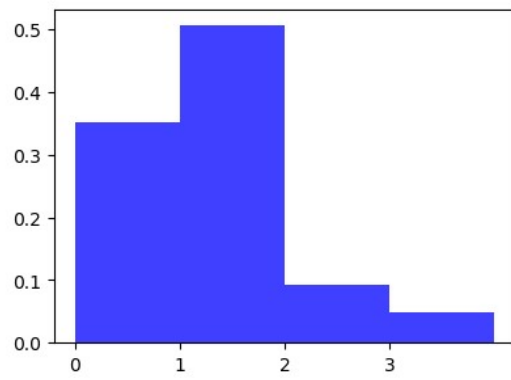
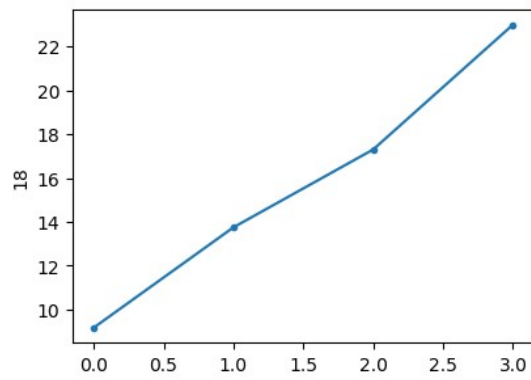
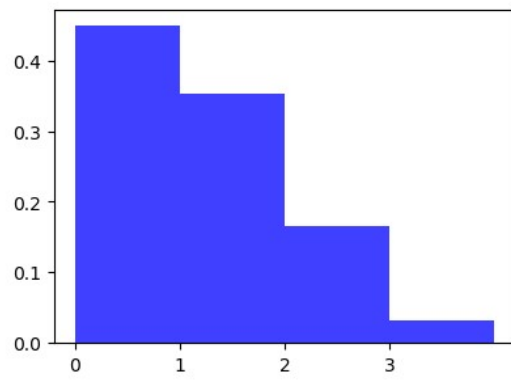
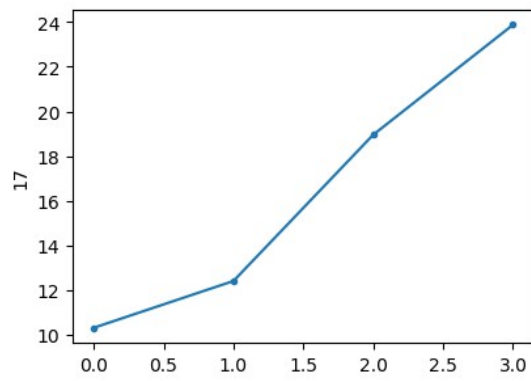
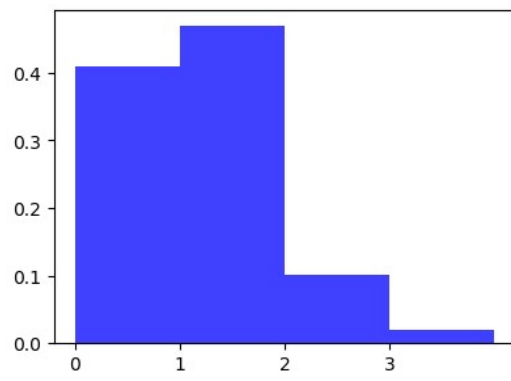
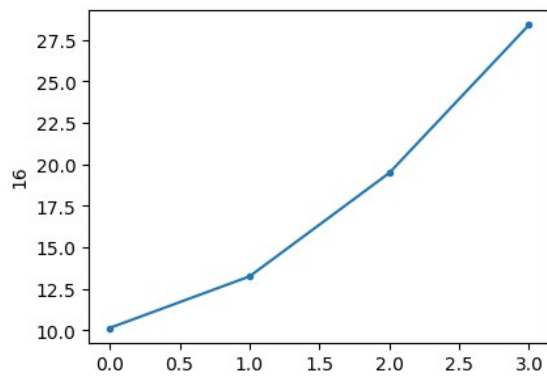
Prilog 3:

Grafički prikaz odnosa ukupnog testovnog rezultata i prosječne vrijednosti odgovora za pojedinu česticu (lijevo) te frekvencija pojedinih odgovora (desno)









Prilog 4:

Matrica interkorelacija za čestice Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1																	
2	.420	1																
3	.431	.364	1															
4	.474	.411	.307	1														
5	.493	.350	.270	.622	1													
6	.400	.370	.231	.517	.415	1												
7	.417	.337	.367	.640	.606	.497	1											
8	.280	.302	.183	.443	.359	.375	.366	1										
9	.203	.212	.077	.377	.455	.324	.348	.153	1									
10	.303	.235	.293	.367	.381	.222	.351	.238	.254	1								
11	.291	.287	.224	.409	.446	.310	.417	.307	.403	.236	1							
12	.373	.279	.213	.476	.608	.451	.445	.265	.531	.290	.521	1						
13	.361	.214	.265	.516	.493	.378	.473	.315	.363	.385	.323	.357	1					
14	.148	.115	.192	.322	.286	.192	.278	.225	.204	.326	.055	.175	.395	1				
15	.228	.245	.035	.293	.171	.259	.193	.008	.287	.007	.153	.210	.235	.072	1			
16	.186	.217	.051	.200	.266	.188	.210	.007	.313	.192	.248	.196	.170	-.003	.399	1		
17	.238	.187	.011	.214	.194	.256	.144	.137	.197	.111	.174	.126	.248	.012	.513	.448	1	
18	.263	.179	.007	.183	.237	.166	.124	.008	.251	.070	.185	.186	.274	.000	.555	.468	.602	1

Prilog 5:

Matrica faktorskog sklopa Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti

R. br.	Faktor 1	Faktor 2
1	.57	.09
2	.47	.09
3	.50	-.16
4	.80	.00
5	.78	.01
6	.59	.08
7	.78	-.08
8	.52	-.07
9	.44	.20
10	.52	-.07
11	.53	.08
12	.64	.04
13	.61	.07
14	.43	-.16
15	.06	.67
16	.09	.57
17	.00	.74
18	-.04	.82

Prilog 6:

Matrica interkorelacija Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti i kriterijskih varijabli (ispod dijagonale = Pearsonov koeficijent korelacije, iznad dijagonale Spearmanov koeficijent korelacije)

Varijabla	1	2	3	4	5	6
1.SHAI	1	.566**	.478**	.747**	-.156*	.515**
2.ASI3	.558**	1	.582**	.636**	-.131*	.466**
3.DASS-21	.522**	.575**	1	.493**	-.353**	.361**
4.HAQ	.802**	.637**	.534**	1	-.141*	.584**
5.SWLS	-.192**	-.186**	-.372**	-.185**	1	-.012
6.SCS	.544**	.432**	.425**	.578**	.062	1

Legenda: SHAI = Kratki inventar zdravstvene anksioznosti; ASI-3 = Indeks anksiozne osjetljivosti-3; HAQ = Upitnik zdravstvene anksioznosti; DASS-21 = Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa-21; SCS = Kratka skala kiberohondrije; SWLS = Skala zadovoljstva

ž

i

v

o

t

o

m

;

*

*

=

r

a

z

i

n

a

k

o

r

e

l

a

c